

## A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM CONSELHOS DE SAÚDE FRENTE À DICOTOMIA LEIGOS E PERITOS

**Joel Paese**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

**Cláudia Regina Paese**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

### A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM CONSELHOS DE SAÚDE FRENTE À DICOTOMIA LEIGOS E PERITOS

**Resumo:** Este artigo discute as relações entre sociedade civil e política social, com o foco na ação dos conselhos de saúde. Para isso, analisa 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. Conclui que a pesquisa sobre a relação entre leigos e peritos no processo decisório em conselhos de saúde pode se constituir em instrumento útil para a análise das possibilidades de efetivação da democracia, considerada a possibilidade de bloqueio da participação pública quando o processo de tomada de decisão fundamenta-se no saber especializado.

**Palavras-chave:** Política Social, governança e empoderamento, leigos e peritos, conselhos de saúde, tomada de decisão.

### PUBLIC PARTICIPATION IN HEALTH CONCILS CONSIDERING THE DICOTOMY BETWEEN SPECIALISTS AND LAY PEOPLE

**Abstract :** The aim of this paper is to discuss the participation of the civil society in social policies councils, focusing their actions on health councils. In order to achieve this aim we will analyze the problem of governance and empowerment in order to capture two simultaneous movements: the first one relates to decision making in the context of the relationship between lay knowledge and expert advice on health councils, and the second one deals with the participation of the laity in decision-making in management councils. It is concluded that research considering the relationship between lay people and experts in decision making in health advice may be a useful tool for analyzing the possibilities of achieving democracy, considering the importance not to block public participation when health process decision should not be based only upon expertise.

**Keywords:** Social policy, governance and empowerment, laymen and experts, health councils, decision making.

Recebido em: 31.08.2010 Aprovado em : 10.10.2010

## 1 INTRODUÇÃO

Inovações na expressão dos interesses dos diferentes grupos sociais têm motivado os analistas a investigar o relacionamento entre a sociedade e as instituições a fim de captar a diversidade de formas de exercício do poder, para além dos modos convencionais.<sup>1</sup> Simultaneamente, novos objetos são tomados 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 organizaram 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 lhe 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; o segundo trata da aquisição de capacidades pelos agentes que lhes permitem a inserção no processo decisório de forma ativa.

Dada a complexidade das questões suscitadas, nos limitamos a uma primeira abordagem do tema, privilegiando seu tratamento teórico. Em razão disso, optamos por dividir o trabalho em três seções. Na primeira, definimos o que é governança e empoderamento. Na segunda seção analisamos algumas experiências dos “conselhos de saúde” do município de São Paulo para averiguar em que extensão seu funcionamento é expressão de governança baseada no empoderamento, a partir

das relações entre peritos e leigos em seu interior.<sup>2</sup> Finalizando, tentaremos aplicar a análise de Collins e Evans (2002) sobre as relações dicotômicas entre saber leigo e perito para entender como a ruptura da dicotomia pode influenciar a constituição de diferentes graus de governança e empoderamento.

## 2 GOVERNANÇA E EMPODERAMENTO: ALGUMAS DEFINIÇÕES

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)<sup>3</sup>. Segundo os autores, a governança é um processo de tomar decisões e prestar contas baseado em um 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 determinar como a governança funciona.

A “boa governança” pressupõe a habilidade de um governo para manter a paz social, garantir a lei e a ordem, promover ou criar as condições necessárias ao crescimento econômico, a fim de assegurar um nível mínimo de segurança social. Em vista da definição de governança, a habilidade do governo pode ser, igualmente, a de outra organização, como é o caso dos conselhos. Cinco são os princípios que definem uma boa governança, como podemos observar no quadro abaixo.

1. Legitimidade e voz	<b>Participação</b> – Todos os homens e mulheres deveriam ter voz na tomada de decisão, ou diretamente ou através de instituições intermediárias legítimas que representam suas aspirações. Essa participação ampla é construída sobre a liberdade de associação e manifestação, bem como sobre as capacidades para participar construtivamente. <b>Orientação para o consenso</b> – A boa governança media diferentes interesses para alcançar um consenso amplo sobre o que é o melhor interesse para o grupo e, onde possível, sobre políticas e procedimentos
2. Direção	<b>Visão estratégica</b> – os líderes e o público têm uma perspectiva ampla e de longo-prazo sobre a boa governança e o desenvolvimento humano, junto com um sentido do que é necessário para esse desenvolvimento. Há também uma compreensão das complexidades históricas, culturais e sociais sobre a quais aquelas perspectivas estão baseadas.
3. Desempenho	<b>Responsividade</b> – As instituições e os procedimentos tentam servir a todos os interessados no processo. <b>Efetividade e eficiência</b> – os processos e as instituições produzem resultados com a melhor utilização dos recursos.
4. Prestação de contas	<b>Prestação de contas</b> – Os tomadores de decisão no governo, o setor privado e as organizações da sociedade civil devem prestar contas ao público, bem como aos atores institucionais envolvidos. Esta prestação de contas difere, dependendo das organizações e se a decisão é interna ou externa. <b>Transparência</b> – A transparência é construída sobre o livre fluxo de informação. Processos, instituições e informação são diretamente acessíveis àqueles preocupados com elas, e a informação suficiente é ofertada para sua compreensão e monitoramento.
5. Justiça	<b>Equidade</b> – Todos os homens e mulheres têm oportunidades para melhorar ou manter o seu bem-estar. <b>Império da lei</b> – A estrutura legal deveria ser justa e aplicada de modo imparcial, particularmente as leis sobre direitos humanos.

**QUADRO 1 – OS CINCO PRINCÍPIOS DA BOA GOVERNANÇA**

FONTE: Adaptado de Edgar; Marshall; Bassett (2006).

A incorporação do ponto de vista daqueles

que usufruirão dos resultados das ações das organizações é decisiva para a governança, como podemos observar no quadro acima. O fato de esses atores estarem diretamente relacionados às consequências de uma ação, torna-os legítimos para participar do processo que delibera a respeito delas, seja pelo direito da participação em si, bem como por questões de eficácia. A participação dos diferentes atores sociais torna as decisões participativas e incorpora no processo diferentes visões e pontos de vista que podem contribuir para o sucesso dos resultados finais, em vista da sinergia que pode ser estabelecida entre os atores. Simultaneamente, a prestação de contas é facilitada, em razão do envolvimento direto em todo o processo que é objeto da *accountability* dos atores a quem se deve prestar contas.

Imbricado no debate sobre governança está o empoderamento, uma vez que a eficácia da participação dos atores, apesar de sua legitimidade, é função de suas capacidades, sejam elas políticas ou técnicas. Podemos definir empoderamento como um processo multidimensional “[...] que ajuda as pessoas a obter controle sobre suas próprias vidas. É um processo que promove o poder (isto é, a capacidade de execução) nas pessoas, para uso em suas próprias vidas, suas comunidades e na sociedade, atuando em questões que eles definem como importantes.” (PAGE, 1999)<sup>1</sup>. Trata-se de um processo pelo qual os atores geram capacidade que os habilita a acessar e controlar recursos com o objetivo de conduzir uma vida autodeterminada e autorresponsável na participação no processo político<sup>2</sup>.

Autores como Wallerstein (1994), Airhihenbuwa (1994), Bernstein (1994), Labonte (1994) e Thursz (1993) (Apud TEIXEIRA, 2002) se referem a empoderamento como a habilidade de pessoas conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para poderem agir de modo a melhorar sua situação de vida. 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*<sup>3</sup>.

### 3 CONSELHOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Nesta seção investigamos a prática da governança e do empoderamento em conselhos de saúde. Para isso nos baseamos em um estudo de Coelho (2004) sobre conselhos de saúde no município de São Paulo. O objetivo é identificar, pela análise do seu funcionamento, em que extensão a governança e o empoderamento são o resultado das práticas dos atores no processo de interconexão de suas ações.

No que concerne à metodologia da pesquisa, o estudo foi realizado junto ao Conselho Municipal de Saúde e a quatro conselhos gestores localizados na Zona Leste de São Paulo, da Mooca, Vila Formosa, Sapopemba e São Mateus. Nessa pesquisa foram realizadas 119 entrevistas com 69 conselheiros e 50 líderes de associações, sendo 28 ligados a associações presentes no conselho e 22 a associações sem esse vínculo. Os secretários executivos dos conselhos também foram entrevistados. Houve acompanhamento, ainda, das sessões regulares e extraordinárias desses conselhos, o processo de eleição dos conselheiros e as Conferências Municipais de Saúde e analisaram-se as minutas, as listas de presença e os regimentos internos.

A criação de conselhos de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional foi entusiasticamente defendida por médicos sanitaristas a partir dos anos 90. Sua função é levar demandas para serem discutidas pela população, bem como trazer propostas da população para os vários níveis de governo. Sua composição é paritária. A sociedade civil ocupa 50% das cadeiras e os outros 50% são preenchidos por representantes do governo, trabalhadores da saúde e instituições prestadoras de serviços. Atualmente há 5.000 conselhos municipais, dos quais participam 100.000 pessoas, que aprovam os planos anuais apresentados pelas respectivas esferas de governo, atuando como corpos consultivos e exercendo supervisão. Apesar do poder legal dos conselhos residir especialmente nas esferas técnica e administrativa, são especialmente significativos por seu papel na discussão das políticas.

Segundo a autora, os conselhos “[...] franqueiam ao cidadão comum a possibilidade de participar de decisões sobre políticas públicas contando apenas com sua própria experiência e sem necessitar de nenhuma expertise.” (COELHO, 2004, p. 255). O mecanismo, entretanto, tem contribuído modestamente seja para ampliar a incorporação das demandas da sociedade civil, seja para ampliar o controle social sobre essa política. As causas apontadas são a tradição autoritária do Estado brasileiro, a presença de uma cultura política autoritária que dificulta o reconhecimento do outro

como cidadão, a fragilidade da vida associativa e a resistência dos atores sociais em participar desses fóruns que compromete a efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde. A questão da participação passa a ser formulada em novos termos. Em jogo está a qualidade da participação social “[...] como sendo determinada em endogenamente em um processo de contínua realimentação das desigualdades, seja porque os mais pobres seguirão excluídos e carentes de recursos para articular suas demandas, seja porque os custos da participação seguirão sendo os menores para os que têm mais recursos.” (Ibid, p.256). Seu problema de investigação trata, portanto, das condições sob as quais os conselhos fazem valer os princípios democráticos de organização e baixar os custos associados à participação política de segmentos que, simultaneamente, contam com menos capacidade de mobilização, conhecimentos técnicos e recursos comunicativos. Várias questões são formuladas a partir daí: quem participa? Grupos tradicionalmente excluídos passaram a participar? Esses grupos têm voz no processo de discussão e decisão?

Para ajudar a entender o funcionamento dos conselhos, Coelho (2004) cita dois casos. O primeiro era um projeto que ampliava a autonomia administrativa dos hospitais e prontos-socorros municipais que deixariam de contratar servidores regidos pelas regras do funcionalismo público municipal, passando a ser contratados pela CLT. A proposição foi levada ao conselho pelo secretário de saúde em março de 2001. Durante os debates, as posições a respeito da proposta se revelaram discordantes. A partir daí, o conselho foi sendo progressivamente afastado do processo de decisão, culminando na aprovação do projeto pela Câmara Municipal em dezembro do mesmo ano, sem que o conselho tenha conseguido tornar públicos seus posicionamentos. O segundo tratava do Programa de Saúde da Família. Apesar de o secretário da saúde ter a mesma posição dos conselhos, favorável à expansão da cobertura do Programa de 7,3% para 35% da população do município naquele ano, a prioridade não foi levada a cabo, no entanto, pela prefeitura, que determinou a desaceleração do Programa.

Os dois eventos demonstram, segundo a autora, que o espaço político reservado aos conselhos ainda é bastante incipiente, pois os atores contam com poucos recursos políticos para vocalizar suas posições quanto aos temas que lhes são pertinentes. A situação é ambivalente, entretanto, uma vez que, apesar da limitada influência nas tomadas de decisão, os seus integrantes descrevem sua participação como gratificante. Segundo os entrevistados, eles participam do conselho mesmo dispendo de pouca instrução. O fato de participarem lhes abre acesso a novas informações, além de se sentirem inseridos em um espaço considerado

amigável e comprometido com a melhora do Sistema Único de Saúde.

No processo de participação, adquire relevância a capacidade dos atores vocalizarem seus posicionamentos diante de questões técnicas, pois várias decisões em questões de saúde são tecnicamente complexas. Apesar de os atores serem legítimos para participar dos conselhos, resta o problema da natureza da contribuição que podem dar para o aprimoramento do SUS. É provável que algumas áreas se beneficiem pouco da participação por requererem conhecimento altamente especializado de cidadãos que não contam com o saber exigido.

Dentre as tentativas de solucionar a dificuldade suscitada pela assimetria de conhecimento técnico à disposição dos conselheiros e, ao mesmo tempo, havendo a necessidade de ampliar a participação política dos cidadãos, várias instâncias do governo têm promovido cursos de formação de conselheiros. O objetivo é minimizar as consequências negativas dos limites impostos pela referida disparidade de recursos à disposição dos atores.

Considerando as exigências impostas pelos princípios da “boa governança”, pode-se afirmar que elas foram atendidas em parte. Embora os integrantes dos conselhos tenham sido consultados no processo de tomada de decisão, não houve adequada mediação dos diferentes interesses para alcançar um amplo consenso de orientação. Diante de posições divergentes sobre a ampliação da autonomia administrativa dos hospitais e prontos-socorros municipais, a decisão foi remetida para a Câmara Municipal. Foi limitada, portanto, a tentativa de servir aos interesses dos *stakeholders*<sup>4</sup>, em um movimento que fosse ao encontro de suas necessidades. Remeter o projeto para a Câmara pode ter bloqueado o melhor uso dos recursos à disposição dos atores. Como resultado, a *accountability* foi mínima, pois tudo indica que a parte dos integrantes do conselho que representava a sociedade civil, foi apenas comunicada da decisão da Câmara. No que tange ao Programa de Saúde da Família, a prefeitura tomou a decisão de desacelerar sua implantação, apesar da concordância entre as posições do secretário de saúde e dos conselhos. A participação dos conselheiros na decisão e a prestação de contas a eles por parte do Estado foram praticamente nulas, o que aponta para um baixo grau de “boa governança” em ambos os eventos.

Quanto ao empoderamento dos atores, observa-se a iniciativa de capacitá-los a fim de que possam participar ativamente do conselho nos momentos em que o processo decisório se orientar pelo saber técnico. Pode-se concluir que existem iniciativas com o objetivo de criar condições para a aquisição de capacidades pelos agentes, a fim de habilitá-los a assumir o entendimento e o controle sobre os processos que influenciam a modificação das situações relacionadas às suas condições

de vida. Resta saber se há alternativa ao referido método de empoderamento e em que é possível avançar em relação a ele.

#### 4 GOVERNANÇA E EMPODERAMENTO EM CONSELHOS DE SAÚDE LIMITADA PELA DICOTOMIA LEIGOS E PERITOS

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*<sup>5</sup>, suscita o problema da legitimidade desta 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 são objetos das consequências da aplicação de conhecimento, o que lhes dá o direito de questionar até que ponto as consequências 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) 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 [...] sugere [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 constituem, 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 (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 EPA (Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos) 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, impessoal 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 (Ibid., p. 139-140).

Ao invés de irracional, o saber dos leigos deve ser entendido como complexo, reflexivo, dinâmico, experimental, flexível e inovativo, com uma lógica e coerência própria (GUIVANT, 2000). Ao analisar o caso específico do uso de agrotóxicos pelos agricultores, a autora critica duas noções difundidas a respeito dos leigos:

- (i) Os agricultores não dispõem de conhecimentos e informações sobre os riscos à saúde e ao meio ambiente, bem como uma adequada administração da propriedade.
- (ii) Os produtores são vítimas de



pressões econômicas, influências negativas dos vendedores de insumos ou “treadmills” tecnológicos. Resta a eles, portanto, pouco espaço de manobra para adotar outro tipo de prática.

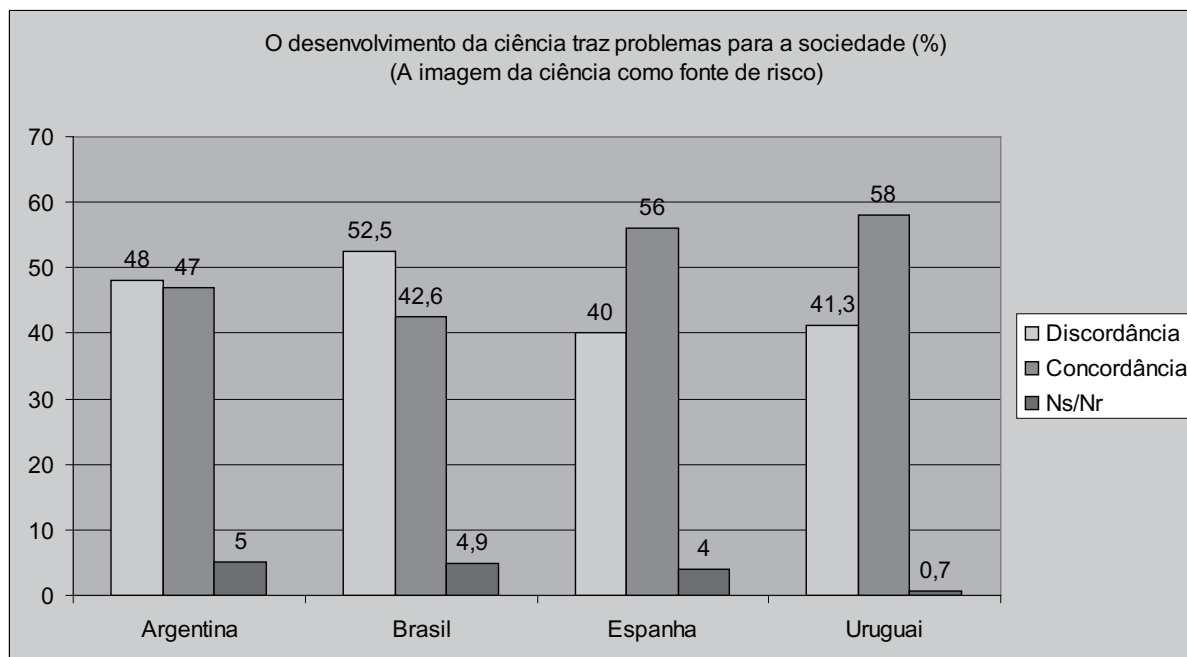
Segundo a autora,

A primeira perspectiva deixa de considerar que os produtores têm sua própria percepção dos riscos, construída através da forma em que os agrotóxicos foram difundidos, gerando seus próprios conhecimentos e crenças sobre o que deve ser feito com tais insumos. Além disto, ignora-se neste argumento os conflitos e tensões entre leigos e peritos (sejam extensionistas rurais ou vendedores de insumos). A comunicação dos riscos não se realiza de forma lineal, entre alguém que tem o conhecimento correto e alguém ignorante (...). A segunda posição acaba colocando aos agricultores como vítimas passivas frente a pressões estruturais, desconhecendo também as razões que levam a aqueles a utilizar os agrotóxicos de determinada maneira, e pressupõem que se as condições estruturais fossem favoráveis, os agricultores decidiriam sem conflitos por uma transição para outro modelo produtivo com menores insumos. Desconhecem que os agricultores, enquanto atores sociais

com competência e cognoscitividade, têm um papel construtivo em relação às decisões sobre como adotar e implementar os insumos agrícolas, decodificando as informações e construindo e legitimizando suas práticas, como parte de uma rede de significados e relações sociais, que não exclui tensões, conflitos e negociações entre os leigos .os produtores- e os peritos, apesar de seu papel central na difusão dos insumos (GUIVANT, 2000, p. 285).

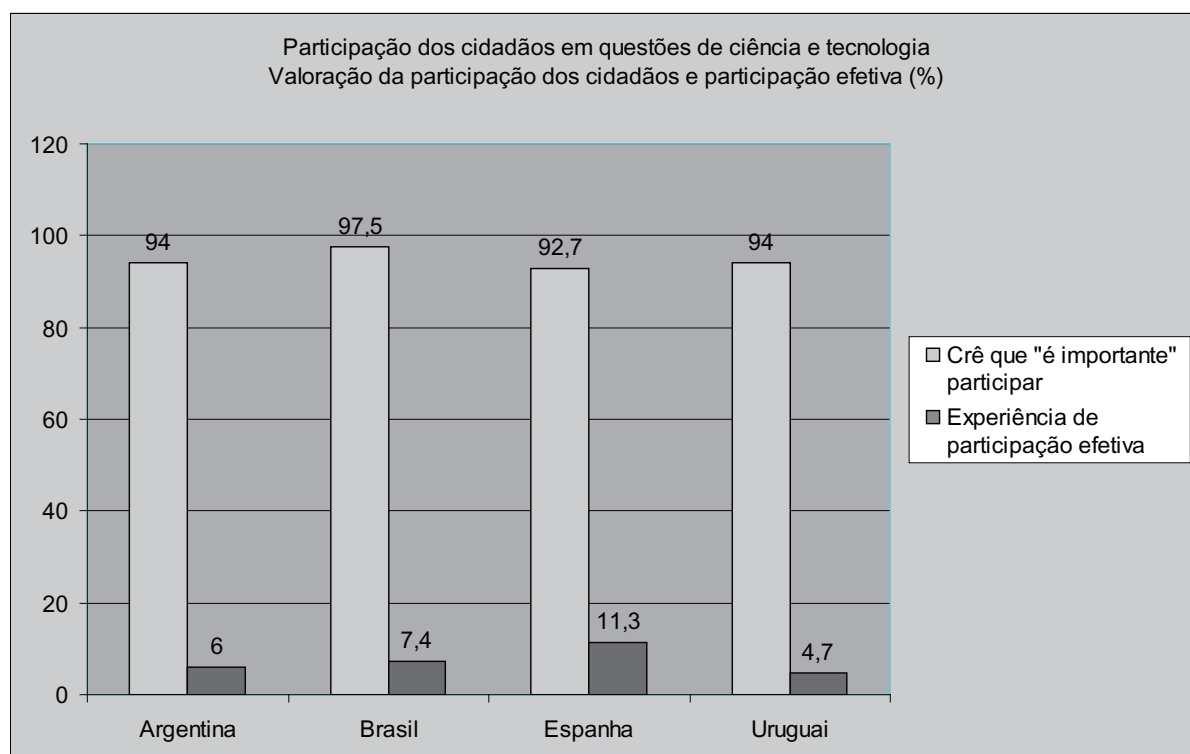
Ao mesmo tempo em que se observa a restrição dos peritos à participação pública na tomada de decisão sobre ameaças à saúde humana, em vista de uma suposta irracionalidade dos leigos, os dados mostram que os atores sociais se interessam pela participação nesse processo decisório<sup>6</sup>. Essa posição fica reforçada quando se observa que parcela considerável da sociedade percebe que a ciência e a técnica são limitadas para resolver problemas, o que justifica ainda mais 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 ciência. Os gráficos abaixo possibilitam identificar como o público avalia a ciência e suas possibilidades, o que torna pertinente discutir a problemática da abertura da ciência à participação de atores comumente considerados externos a ela.

GRÁFICO 1



Fonte: Pesquisa sobre percepção pública da Ciência – Vogt e Polino, 2003.

GRÁFICO 2



Fonte: Pesquisa sobre percepção pública da Ciência – Vogt e Polino, 2003.

É da natureza do funcionamento dos conselhos de saúde deliberar, muitas vezes, sobre questões dependentes de saber especializado. Simultaneamente, observa-se que parcela dos conselheiros não dispõem de conhecimento adequado para contribuir de forma efetiva em um processo decisório baseado em saber técnico, embora tenham legitimidade para participar de todas as deliberações na condição de conselheiros. Estamos diante de um problema diretamente relacionado à governança e ao empoderamento dos atores. 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.

Há várias formas de empoderar os atores com o objetivo de gerar capacidades técnicas. Examinaremos as alternativas a partir das implicações da dicotomia entre leigos e peritos. A referida dualidade 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 esse possa fazer escolhas adequadas<sup>10</sup>. O problema é a falta de informação. Esse é o caso da alternativa a que fez referência Coelho (2004). Através dos cursos de formação, tentou-se suprir uma carência dos conselheiros, fornecendo-lhes conhecimento técnico a fim de que pudessem participar ativamente das decisões juntamente com os peritos, para evitar que os especialistas monopolizassem o processo decisório.

São inúmeras as críticas a esse modelo. Muitas questões são formuladas fora de contexto. O aprendizado é mais eficaz quando seu conteúdo tem significado para as vidas pessoais dos indivíduos. Em tais casos, mesmo com limitada educação, eles podem apreender rapidamente informações técnicas altamente complexas. Além do mais, a interpretação

que rotula as pessoas como “cientificamente iletradas” conduz ao estabelecimento de relações de poder entre aqueles com conhecimento particular e os que não dispõem dele. Depois de 25 anos de tentativas para aumentar o conhecimento do público sobre assuntos de ciência, observou-se que o número de respostas corretas permaneceu estável. Tudo indica que a abordagem do modelo não foi bem sucedida. (LEWENSTEIN, 2003, p. 2-3).

Collins e Evans (2002) propõem um modelo que tenta romper a oposição entre leigos e peritos através de tentativas para integrar o que seriam diferentes saberes. Outro objetivo dos autores é enfrentar a questão da legitimidade e da competência quando está em jogo a participação do público em processos decisórios que exigem saber especializado.

De acordo com os autores, até o momento os estudos sociais da ciência resolveram o problema da legitimidade da participação pública, mas não o da sua extensão; em outras palavras, foi esclarecido porque todos são legítimos para contribuir, sem deixar claro quem é competente para tal tarefa. Segundo Collins e Evans (2002, p. 237),

[...] embora os estudos da ciência tenham resolvido o problema da legitimidade, mostrando que a base da técnica de tomada de decisão pode e deve ser ampliada para além do núcleo de especialistas certificados, não conseguiu resolver o Problema de Extensão: “Até que ponto estender a participação na tomada de decisão técnica?”<sup>11</sup>

Collins e Evans (2002) afirmam que há tipos de conhecimento, como as ciências esotéricas, para os quais nem todos podem contribuir. Essa distinção é fundamental para compreender a contribuição de diferentes elementos da sociedade no processo de tomada de decisão técnica.

Podemos concluir que o problema da extensão se resolve da seguinte forma, segundo Collins e Evans (2002): mesmo que a tomada de decisão técnica dependa de conhecimento provindo de ciências esotéricas, como a biologia ou a medicina, no caso analisado, é possível haver participação pública no processo de tomada de decisão técnica pela via da expertise contributiva, desde que as seguintes condições sejam satisfeitas:

- (i) A divisão dos atores não seja mais entre peritos e leigos, mas entre especialistas certificados e especialistas não-certificados;
- (ii) A existência de *pockets of expertise*<sup>12</sup> dentro da cidadania, situados na esfera técnica mais do que no domínio político, o que permite ampliar os direitos do cidadão; (Ibid., p.250)
- (iii) A expertise contributiva de

especialistas não-certificados deve ser contínua com a expertise contributiva dos especialistas certificados;

(iv) A expertise contributiva de especialistas não-certificados deve ser combinada com a expertise contributiva dos especialistas certificados através da mediação de *experts* com expertise interativa, entendida como um processo de tradução;

(v) Para a tradução tornar-se efetiva, não basta dispor de expertise interativa, é necessário um determinado conjunto de habilidades expressivas.

O que está em questão é o seguinte: mais do que tentar eliminar a assimetria de conhecimento entre peritos e leigos, o problema é identificar formas para complementar diferentes saberes em processos decisórios. Trata-se de considerar como relevante para a decisão técnica o conhecimento de conselheiros que dispõem de um saber não-certificado sobre o universo de aplicação das políticas públicas de saúde e combiná-lo com o saber certificado. É importante destacar que a combinação será bem sucedida, no modelo de Collins e Evans (2002) na proporção do sucesso da tradução. Essa alternativa pode enfrentar satisfatoriamente as dificuldades que surgem para a participação de conselheiros que não são peritos quando se opta por ministrar cursos de capacitação. Uma consequência dos cursos é eliminar a contribuição específica dos não especialistas, o que pode limitar a eficácia da aplicação das técnicas sugeridas pelas políticas públicas<sup>13</sup>.

Com suas virtudes e defeitos, tanto os cursos de capacitação como a combinação de diferentes saberes proposta por Collins e Evans (2002), podem ser alternativas viáveis para aumentar o grau de boa governança e de empoderamento nos conselhos de saúde. As duas propostas contribuem para a participação ativa dos conselheiros no processo decisório baseado em conhecimento técnico, o que aumenta a transparência da tomada de decisão e, por consequência, a *accountability*. Simultaneamente, por agregar capacidades técnicas ao saber não especializado de parte dos conselheiros ou por considerar relevante o saber não-certificado e combiná-lo com o conhecimento especializado certificado, observa-se um processo de empoderamento dos atores no funcionamento dos conselhos de saúde.

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 no qual duas ou mais partes influenciam-se reciprocamente na tomada de decisões, mas onde 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.”

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.” (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 influenciar 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 e não-saber entre leigos e peritos converte-se em uma 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 em que os diferentes saberes se complementem, sem eliminar as especificidades e limites de cada conhecimento.

## 5 CONCLUSÃO

A participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas de saúde foi entendida quando 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, do qual parte dos conselheiros não dispõe, o avanço se apresenta como relativo. Cabe, portanto, analisar o processo decisório dos conselhos de saúde nos contextos em que apenas uma parte dos representantes detém o conhecimento necessário para deliberar. A investigação do problema passa pela análise da concepção do processo decisório como um processo de governança e empoderamento, fundamental para identificar o grau de legitimidade das decisões dos 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 esse 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.

BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 1997.

COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

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

EDGAR, L.; MARSHALL, C.; BASSETT, M. **Partnerships: putting good governance principles in practice**. Institute On Governance, 2006. Disponível em: <[http://www.iog.ca/publications/2006\\_partnerships.pdf](http://www.iog.ca/publications/2006_partnerships.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2006.

EMPODERAMENTO. Disponível em: <[http://www.gtz.de/de/publikationen/begriffswelt-gtz/pt/include.asp?lang=P&file=2\\_14.inc](http://www.gtz.de/de/publikationen/begriffswelt-gtz/pt/include.asp?lang=P&file=2_14.inc)>. Acesso em: 21 nov. 2006.

EUROPEAN GOVERNANCE: a white paper. Disponível em: <[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001\\_0428en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0428en01.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2006.

GUIVANT, J. 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.

\_\_\_\_\_. Reflexividade na sociedade de risco: conflitos entre leigos e peritos sobre os agrotóxicos. In: HERCULANO, S. (Org.). **Qualidade de vida e riscos ambientais**. Niterói: Editora da UFF, 2000.

LEWENSTEIN, B. V. **Models of public communication of science and technology**, 2003. Disponível em: <<http://communityrisks.cornell.edu/BackgroundMaterials/Lewenstein2003.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2006.

PAGE, N. Empowerment: what is it? **Journal of Extension**, v. 37, n. 5, 1999. Disponível em: <<http://joe.org/joe/1999october/comm1.html>>. Acesso em: 20 nov. 2006

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.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M.D.N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VOGT, C.; POLINO, C. **Percepção pública da ciência: resultados da pesquisa na Argentina, Brasil, Espanha e Uruguai**. Campinas: Editora da Unicamp; São Paulo: Fapesp, 2003.

ZIMAN, J. Not knowing, needing to know, and wanting to know. In: LEWENSTEIN, B. (Ed.). **When science meets the public**. Washington: American Association for the Advancement of Science, 1992.

#### NOTAS

- 1 Segundo Beck (1997), 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".
- 2 A fundamentação empírica do artigo está baseada nos dados fornecidos pela pesquisa de Coelho (2004). A metodologia do estudo está descrita no início da segunda seção deste artigo.
- 3 Para uma ampliação do debate conceitual sobre governança, ver: "European governance: a white paper" Disponível em: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001\\_0428en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0428en01.pdf) Acesso em: 20/11/06; "Governance and good governance: international and aboriginal perspectives" Disponível em: <http://www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf> Acesso em: 20/11/06; "What is Governance?" Disponível em: <http://www.iog.ca/page.asp?pageID=3&htmlarea=home> Acesso em: 20 nov. 2006.
- 4 "[...] that helps people gain control over their own lives. It is a process that fosters power (that is, the capacity to implement) in people, for use in their own

lives, their communities, and in their society, by acting on issues that they define as important.” A tradução dos trechos e dos termos em inglês deste artigo foi realizada pelos autores do mesmo.

- 5 Ver “Empoderamento”. Disponível em: [http://www.gtz.de/de/publikationen/begriffswelt-gtz/pt/include.asp?lang=P&file=2\\_14.inc](http://www.gtz.de/de/publikationen/begriffswelt-gtz/pt/include.asp?lang=P&file=2_14.inc) Acesso em: 21 nov. 2006.
- 6 Termo em inglês que significa “prestação de contas”.
- 7 Termo em inglês que significa “parte interessada”.
- 8 Termo em inglês que significa “especialistas”.
- 9 Deve-se ressaltar, porém, os riscos da idealização do conhecimento leigo como se ele fosse uma “categoria homogênea”, livre das influências do conhecimento perito (GUIVANT, 2001), e ao mesmo tempo uma panacéia para eliminar os riscos. A questão posta em nosso trabalho é quanto à adequação dos experts estarem abertos à intervenção pública na atividade científica, uma vez que a Ciência é limitada para estabelecer riscos potenciais e seu alcance. Exemplo disso foram as controvérsias em torno da BSE na Inglaterra.
- 10 Ziman (1992) discute de forma mais aprofundada o chamado “modelo do déficit”. Para se situar no debate sobre esse modelo e suas alternativas, ver Lewenstein (2003).
- 11 “[...] though science studies has resolved the Problem of Legitimacy by showing that the basis of technical decision-making can and should be widened beyond the core of certified experts, it has failed to solve the Problem of Extension: ‘How far should participation in technical decision-making extend?’”
- 12 Termo em inglês que significa “bolsões de conhecimento especializado”.
- 13 Para uma análise da questão, ver estudo sobre percepção dos indivíduos a respeito da Aids e relacionar com a execução de políticas públicas de saúde voltadas para soropositivos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

#### **Joel Paese**

Doutor em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e professor adjunto do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT.  
e-mail:joelpaese@gmail.com

#### **Cláudia Regina Paese**

Graduada em Pedagogia e Mestranda em Política Social na Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.  
e-mail:crpaese@yahoo.com.br

#### **Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT**

Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança.  
CEP: 78060-900 -. Cuiabá - MT