

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: Um espaço em construção para a conquista da cidadania⁴

*Marluce Maria Araújo Assis⁵
Luciane Kantorski⁶
José Lucimar Tavares⁷*

RESUMO: Este artigo consiste em uma reflexão teórica acerca da participação social enquanto espaço de cidadania, resgatada a partir de processos de luta pela Reforma Sanitária Brasileira durante as décadas de 80 e 90. Assim, procurou-se inicialmente definir a participação social e a cidadania, elaborando-se a seguir uma reflexão sobre as tentativas de explicação político-social para os processos de cidadania, sobre os caminhos do direito à saúde, tomando a participação social relacionada à conquista jurídico-institucional e sobre a participação enquanto possibilidade de constituição de sujeitos sociais. Aponta-se que, em um contexto de contradições como o nosso, a gestão colegiada pode constituir-se em um espaço problematizador de construção individual e coletiva dos sujeitos articuladores de um sistema fundamentado na lógica da solidariedade.

UNITERMOS: Participação Social, Cidadania

INTRODUÇÃO

A conquista do texto constitucional de 1988, elaborado em um momento de efervescência no país, urgia por uma nova ordem democrática que possibilitou em seus espaços de contradição o surgimento de uma grande mobilização popular - **diferente de organização consciente, comprometida e engajada** - nos trazia o direito à saúde enquanto universal devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas do Estado (art.196)².

⁴ Trabalho apresentado na Disciplina Problemática de Enfermagem, do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob responsabilidade das Profas. Dras. Maria Cecília Puntel de Almeida e Elisabeth Laus Ribas Gomes.

⁵ Docente, enfermeira da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

⁶ Docente, enfermeira da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI)

⁷ Docente, enfermeiro da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

A participação social foi assegurada na Lei Federal 8.142 / 1990⁸, onde resgatou-se a Conferência e os Conselhos de Saúde como fóruns de debate e instâncias de poder responsáveis pelas diretrizes das políticas de saúde no Estado brasileiro.

Tomamos como principal pressuposto, o entendimento da **participação social** como um espaço em construção para a conquista da cidadania, a partir da visão Gramsciana, nos permitindo reinterpretar esta temática, como resultante de uma relação de forças de classe, de sorte que, o processo de corporificação legal e institucional de forças estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado, têm buscado a preservação destas relações, na busca da manutenção da hegemonia dominante ou na consolidação de um projeto alternativo contra-hegemônico.

Desse modo, ao eleger a participação social como objeto de discussão, tomamos como ponto de partida, a conformação do projeto contra-hegemônico do setor saúde no Brasil - a Reforma Sanitária - , nas duas últimas décadas, por ter permitido a abertura de "espaços" no aparelho de Estado (especificamente em instituições de saúde pública) para a atuação de forças contra - hegemônicas que vêm exercendo pressão no seu interior.

Compartilhamos a idéia de que o Estado é um espaço de conflitos, onde são desenvolvidas dinâmicas competitivas de disputa do capitalismo e dos movimentos sociais, na tentativa de expansão do poder econômico, social e político (*Carnoy ; Lévin, 1987*). Assim, podemos remarcar que é neste espaço, no qual é viabilizado o exercício da nossa participação, enfim nossas lutas cotidianas que demarcamos a construção e apropriação da saúde como condição da cidadania. Evidenciamos ainda, que estes espaços de conflito possuem um caráter emancipatório, na medida em que no seu interior se constituem e se instituem as individualidades e, conseqüentemente os sujeitos individuais e coletivos.

Nesse sentido, o presente trabalho pretende desenvolver uma reflexão sobre a **participação social**, entendendo ser um espaço social, onde se articulam diferentes sujeitos e uma população com suas necessidades e interesses individuais e/ou grupais. Consiste portanto, num campo de relações sociais, no qual os sujeitos participam por meio de distintas articulações, implicando na oferta e garantia de bens de consumo coletivo, de responsabilidade pública sobre a saúde, nos remetendo diretamente à questão da cidadania.

Estamos entendendo por **cidadania**, no seu sentido mais restrito, um conjunto de direitos que permite o acesso a bens de consumo coletivo como a saúde⁸. No entanto, compartilhamos com *Castoriadis* (1987: 164) que a **cidadania** no seu sentido mais amplo, significa a soberania do povo exercida 24 horas por dia e implica em um movimento político questionador de todas as significações instituídas, normas e valores que não só dominem o sistema atual;

⁸ Tomamos como base o conceito de Saúde preconizado pela VIII Conferência Nacional de Saúde enquanto resultante das condições de vida e das formas de organização social da produção¹³

como são consubstanciais a ele. O autor entende que este movimento só poderá existir enquanto “...transformação psíquica e antropológica profunda, acompanhada da criação paralela de novas formas de vida e de novas significações em todos os domínios”.

Esta perspectiva, nos obriga a uma revisão de conceitos, levando em consideração as experiências e ações individuais e coletivas em realidades específicas, criando a necessidade de buscar novos caminhos no fazer cotidiano para enfrentar a dinâmica do processo social, a partir de uma realidade essencialmente dividida, enfatizando a atuação de sujeitos sociais.

Tentaremos mostrar que, os sujeitos são socialmente construídos, e se fazem através de “certas condições e de certas circunstâncias ... nas suas motivações, suas idéias e seus valores” (Castoriadis, 1992: 207).

A direção apontada nos permite entender de forma mais ampla, o conjunto dos elementos da estrutura social, que toma o campo específico das relações sociais entre os que dirigem, executam e usam o serviço de saúde como expressão maior de um dado processo de institucionalização, a partir das dinâmicas particulares, configuradas pelos vários sujeitos em suas disputas políticas.

Para o desenvolvimento do texto, nos pautamos em autores que trabalham com estudos pertinentes ao tema, cujas referências estão citadas no corpo do trabalho. Estas leituras tiveram como objetivo orientar nossa reflexão, elucidando a forma como esta temática vem sendo trabalhada.

Inicialmente, resgatamos o significado político e social da cidadania, isto é, o exercício dos direitos sociais. Em seguida, os mecanismos constitucionais de participação da sociedade nos serviços de saúde, a partir do processo de conformação e organização do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Finalmente, apontamos possibilidades de constituição de sujeitos sociais neste processo.

TENTATIVAS DE EXPLICAÇÃO POLÍTICO SOCIAL PARA OS PROCESSOS DE CIDADANIA E DIREITOS SOCIAIS

A análise da crescente intervenção estatal através das chamadas políticas públicas, requer que se compreenda o próprio desenvolvimento da cidadania no Estado moderno, considerando padrões de direitos sociais próprios de cada país.

Do ponto de vista histórico, os modelos de proteção social iniciam no século XVIII com o desenvolvimento das democracias liberais, mesclando-se em três modelos diferentes de organização a partir de então, a assistência social, o seguro e a seguridade social (Fleury, 1992). Esta mesma autora relaciona os diferentes modelos com as formas de cidadania. Na assistência social há uma consonância com a ideologia liberal, com ênfase em políticas focalizadoras para os grupos incapazes de se inserir nas leis do mercado, seria a cidadania invertida, pois considera a ação social decorrente do fracasso individual.

O segundo modelo, o seguro social, expressa o princípio meritocrático sobre o qual se baseia a reivindicação de cidadania, de acordo com a forma de

inserção na estrutura produtiva, denominada **cidadania regulada**, não sendo portanto apenas, concepção e prática do aparelho estatal mas também a percepção de quem dela usufrui.

A **cidadania universal** é pautada no modelo de seguridade social e exprime uma política pública distributivista, com uma ação reguladora do Estado, responsável pela provisão do mínimo essencial para todos os cidadãos.

Ao trazer para a discussão as várias formas como vem se dando a cidadania e a maneira de entendê-la, não significa uma vinculação de forma mecânica e separadas entre si, já que em diferentes contextos emergem novos significados, representações e inserção social da cidadania.

Diferentemente dos países desenvolvidos, as economias retardatárias dependentes, caracterizam-se pela incorporação de tecnologia elevada e concentradora de capital, de forma abrupta e fragmentada, sem uma articulação orgânica ou um efeito expansivo para o conjunto dos setores produtivos. Resulta desse complexo processo de acumulação, uma classe trabalhadora altamente heterogênea, com diferentes formas de inserção na produção.

Desse modo, o nível organizativo da classe trabalhadora, na luta por sua reprodução individual e social tem se dado: na indústria, na casa, na família, no bairro, no sindicato e em algumas situações - no partido político -, onde se desenvolvem as lutas na esfera da reprodução. A consciência alcançada neste caso, é a de cidadania, sendo que a organização não poderá absolutizar o sindicato ou o partido. Ao contrário, a proliferação dos movimentos sociais urbanos, principalmente os movimentos de associações de moradores na periferia das grandes cidades, tornam o Estado provedor dos meios de consumo coletivos como seu alvo, dando mostras da diversidade, apresentada também ao nível da organização.

As décadas de 1980 e 1990 nos trazem um contexto de crises da sociedade, do Estado, das ideologias, enfim o próprio movimento social encontra-se bastante diversificado e assume outra caracterização. Neste cenário, encontram-se os partidos progressistas que apoiaram a reforma sanitária e que passaram a assumir o desafio de se consolidar nos governos municipais e estaduais, como também os sindicatos, que pelo menos em nível discursivo, manifestaram apoio a proposta reformista e tem de dar conta de trabalhar o seu corporativismo, suas divergências internas e seu novo papel social neste contexto de mudanças. Assim como os trabalhadores de saúde e das ciências sociais que defendem o referido ideário e que precisam articular-se afim de elaborar propostas e apontar caminhos viáveis para a consolidação desta reforma.

Ainda compõem este mesmo cenário das últimas décadas, os "novos movimentos sociais" (*Laclau, 1986*), distintos dos tradicionais (partidos e sindicatos) que vêm propondo novas formas de participação e a construção de novas identidades sociais. Observa-se uma transformação dos sujeitos coletivos, uma perda dos horizontes totalizantes, ou seja, uma crise da

historicidade industrialista que vai ser substituída por práticas coletivas segmentadas (*Calderón ; Jélin, 1987*).

Assim, estes novos sujeitos com suas novas identidades e espaços de luta precisam ser reconhecidos como propulsores destes "novos movimentos sociais" (podemos pensar como exemplo as **DIRETAS JÁ**, o **IMPEACHMENT**, o **MOVIMENTO de SOLIDARIEDADE DA FOME E DA MISÉRIA**). Embora particularmente cada um destes movimentos tenham suas origens em processos distintos, assim como diversas determinações, precisamos reconhecer que estes conformam um outro modo de organização e resistência da sociedade.

Trazendo a discussão de como se conforma esta resistência no campo da saúde, recorreremos ao trabalho de *Assis, 1994*, onde a **participação social** é entendida não como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização no âmbito local, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, e nesse sentido o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde. Isto requer, um movimento de transformação dos instrumentos institucionais e jurídicos com possibilidades de mudanças nas práticas sociais concretas. Significa então, o desenvolvimento de interesses coletivos, baseado numa relativa institucionalização das relações entre o Estado e a sociedade.

O momento transicional que estamos atravessando na (re)construção de um novo modelo assistencial de saúde, evidencia um descompasso, entre uma proposta teórica, com um arcabouço jurídico que a sustenta e uma prática reveladora de outra concepção ideológica. Daí, a necessidade de forças práticas que possam desencadear medidas que apontem sinais de mudança.

Os usuários dos serviços de saúde, como um campo de força social estão inseridos nesta composição organizacional, ora como utilizador do serviço, ora como participante de Conselhos ou Comissões (ainda que de forma incipiente e pontuais). Ressalta-se no entanto, que estas formas de participação⁹, vêm se revelando como um espaço de carências, reivindicações e expectativas; porém como uma prática educativa, mesmo reconhecendo o caráter de fragmentação das demandas, traduzindo-se no cotidiano com solicitações por serviços de atendimento médico especializado e, não propriamente, como um direito à saúde, o que parece bem distante de uma cidadania plena.

Por outro lado, as relações entre forças sociais - no caso, dirigentes, executores e **usuários dos serviços de saúde** -, "...*pode(m) servir para uma exposição elementar da ciência e da arte da política...*" (*Gramsci, 1992: 43*).

⁹ **Ver a respeito:**

COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: Um Olhar sobre a experiência de São Paulo. *Saúde em Debate*, n.28, p.46-52, 1992.¹²

GOULART, F.A. de A. Movimentos Sociais, cidadania e saúde. Anotações pertinentes a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, n.39, p.53-57, 1993.¹⁷

A ciência que tem na representação dos dirigentes e executores dos serviços, o monopólio do saber, mediada de forma muito peculiar pela corporação médica, através de um aparelho institucional que obedece a normas surgidas de uma necessidade "técnica e científica" entre os agentes (médicos, enfermeiros, odontólogos etc...) utilizadas para cumprir uma função de dominação, quando existe além de tudo, uma divisão da sociedade em grupos opostos.

Um dos instrumentos de luta desse movimento, seria o envolvimento desses sujeitos, como exercício de poder político, objetivando um poder compartilhado entre técnicos e sujeitos/usuários, com a pretensão de construir um novo olhar e um novo fazer no cotidiano dos serviços de saúde, combinando a participação do trabalhador de saúde com a interferência de outros sujeitos sociais, "*... sob uma ótica que privilegie a democracia, a auto-gestão, contribuindo para a superação da alienação e da mediocridade*". (Campos, 1992: 201).

Estamos pensando as unidades de saúde, como integrantes deste monopólio do saber que refletem a diferenciação de classes sociais, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a distribuição de bens e serviços e as dificuldades na conquista dos direitos sociais. Nesse sentido, refletem-se também, nas representações dos que usam os serviços de saúde uma subordinação à visão dominante e a reinterpretam de forma peculiar a depender das relações cotidianas do grupo social, dos costumes, dos valores e das regras e normas da sociedade. Muito bem enfatizado por *Minayo*, 1988, quando discorre o discurso social sobre saúde e doença: "*a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social*".

O grande desafio que se apresenta, no que diz respeito a participação social, como uma conquista de direitos de cidadania, vincula-se ao entendimento da sociedade como construção histórica e campo de conflitos, que incorpora novos significados, como a própria idéia de democracia enquanto produto da expressão do sentido das ações sociais na esfera pública.

Esse entendimento, reforça a importância dos sujeitos sociais inseridos em organizações específicas (grupo de mães, associações de moradores, sindicatos urbanos, rurais...), capazes de se articularem e cobrarem das instituições o atendimento às suas necessidades. Significa que,

"... nenhuma sociedade se coloca problemas sem que existam condições necessárias e suficientes para a sua solução ou sem que essas condições estejam ao menos em via de aparecer ou desenvolver-se..." (Gramsci, 1992: 25).

OS CAMINHOS DO DIREITO À SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO CONQUISTA JURÍDICO- INSTITUCIONAL¹⁰

O processo de institucionalização e conformação do direito à saúde foi desencadeado no campo jurídico-normativo basicamente a partir de alguns movimentos, a saber: VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹³, Constituição Federal de 1988², Lei Orgânica da Saúde 8.080 / 90³, Lei Federal 8.142 / 90⁸ e subseqüentes portarias e leis municipais.

Cabe destacar que o momento de implantação das Ações Integradas de Saúde, no início dos anos 80, onde já se delineava os princípios do Sistema Único de Saúde, assim como as diversificadas experiências de participação social através das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) contribuíram estrategicamente para a consolidação jurídica do direito a saúde - diferente de concessão de benefícios, mas enquanto direito a ser assegurado pelo Estado -, garantido via participação.

A articulação que precedeu a VIII CNS e a mobilização dos vários tipos de organizações sociais, contou com a participação de 4000 representantes da sociedade civil organizada que retratavam a compreensão acerca da participação e do controle social enquanto possibilidade concreta de edificação do sistema de saúde.

A VIII CNS além de colocar na ordem do dia da sociedade brasileira o direito a saúde, avança na compreensão deste conceito passando a concebê-la enquanto resultante das condições de vida, assim como das formas de organização da produção. Reconhece ainda a participação enquanto viés que permitirá a construção coletiva do SUS. Parece-nos ser esta a gênese sobre o qual articulou-se o movimento sanitário.

A Constituição de 1988, nos trazia o direito a saúde, assegurado pelo estado e nos garantia a “participação da comunidade” no SUS (Art.198, inciso III)².

A Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 07/09/90³ garantia-nos duas instâncias colegiadas em cada esfera do governo que são: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deveria reunir-se a cada 02 anos, com representação de vários segmentos sociais, com a função de avaliar e propor diretrizes a formulação de políticas de saúde. O Conselho de Saúde assegurou o caráter permanente e deliberativo, constituído conforme lei, paritariamente e sendo composto por governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Ainda que, o Conselho Nacional de

¹⁰As idéias contidas neste item do trabalho, foram desenvolvidas tomando como base, os seguintes artigos:

FERREIRA, D. O.; LAFOZ, S.E.; JÚNIOR,L.C. Este aparelho de Estado pode não ser um Aparelho qualquer.

Saúde em Debate, n.28, p.46-51, 1990.¹⁴

GIACOMINI, C. H. A sociedade civil e a garantia do processo de Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, n.33, p.64-68, 1991.¹⁶

SANTOS, L. dos; CARVALHO, G.I.de. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde.

Saúde em Debate, n.34, p.60-66, 1992.²⁴

Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) teriam representação no Conselho Nacional de Saúde.

O contexto político brasileiro em nossa experimentação democrática não era o mesmo. A grande mobilização pelas **DIRETAS JÁ** e a seqüencial opção pelo colégio eleitoral que elegeu Tancredo Neves inaugurou apenas o início de uma série de retrocessos. A passagem pelo governo Sarney, a crise econômica e política e nossa iniciação democrática configuraram-se na opção pelo governo Collor. A tônica neoliberal travestida em seu autoritarismo das desigualdades ditava as regras em nosso país. Nesta conjuntura observamos que, entre outros artigos da Lei 8.080, precisamente os que garantiam a democratização do sistema de saúde, foram vetados.

Uma série de negociações entre organizações da sociedade civil, parlamentares e Ministério da Saúde foram realizadas e, como produto destas tivemos a Lei Federal 8.142 de 28/12/90⁸ que resgata as instâncias da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

No âmbito jurídico-normativo temos estes espaços garantidos e uma série de processos participativos desencadeados em vários cantos deste Brasil. Entendemos que, a participação social tem muito a ver com a construção histórica da nossa trajetória democrática, o que acaba por significar um conflito com a nossa **tradição histórica, política, autoritária e clientelista**.¹¹ Deste modo, precisamos criar mecanismos para que a lei deixe de ser apenas um instrumento legal e passe a concretizar enquanto possibilidade de ampliação dos espaços democráticos.

Sposati ; Lobo (1992) lançam-nos a provocação de que poderia existir uma certa perversidade em exigir do sujeito/cidadão enquanto detentor da necessidade, um sobre-esforço de tentar criar soluções para atendê-la. As autoras enfatizam que a questão é muito mais complexa e foge da lógica do mercado, onde o produto saúde é consumido conforme a necessidade individual, pois consideram assim como nós, a saúde enquanto questão de vida individual e coletiva, carecendo de um projeto que exige um padrão público e social a ser garantido aos cidadãos.

Assim, compreendemos que a participação social, requer a luta pelo fortalecimento do setor público, no âmbito municipal. Este âmbito é entendido, enquanto espaço de confronto de interesses, de diagnóstico de necessidades e de construção de alternativas. Requer também, a ampliação dos espaços de participação - visto as históricas distorções ocorridas na constituição de conselhos e organização de conferências -, implica na luta cotidiana por uma nova ordem social.

¹¹ **A esse respeito ver:**

NEDER, C. A. P. O seu candidato investirá no controle social, se eleito? *Saúde em Debate*, n 43, p 74-76, 1994.²³

A PARTICIPAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS SOCIAIS

Inicialmente, retomaremos a discussão no plano político-social, tomando como recorte temporal as décadas de 80 e 90, com o processo de democratização da sociedade brasileira que tem exercitado cautelosamente a participação. Observamos que, apesar do movimento das DIRETAS JÁ, que refletia o poder de mobilização de uma sociedade há anos reprimida pelo regime militar, ficou fadado ao retrocesso, dado por um colégio eleitoral que instituiu a Nova República. Assim é, entre avanços e retrocessos que iniciamos a nossa experimentação do processo democrático.

Ao acompanhar essa trajetória, não podemos perder de vista a realidade social brasileira que tem a marca das desigualdades sociais, de instabilidade política e de recente experiência de participação popular. Como também, as especificidades inerentes ao setor saúde, o qual vem passando por oscilações ao longo das últimas décadas, com redução gradativa das condições de financiamento e uma certa acomodação nos últimos anos, no que diz respeito a mobilização dos espaços de expressão sócio-política dos sujeitos sociais envolvidos (dirigentes, trabalhadores e usuários dos serviços). País este onde, como nos traz *Mendes* (1994) vivenciamos três subsistemas: um subsistema de alta tecnologia, um subsistema de atenção médica supletiva e um subsistema público.

Neste contexto de enormes contradições, precisamos partir do problema prático seguinte: o subsistema público atende atualmente em torno de 120 milhões de brasileiros, quer sejam em instituições próprias e/ou conveniadas com o SUS. Esta situação, nos faz refletir que existe uma necessidade real, e portanto, trata-se de um campo que representa a possibilidade de construção de convergência de interesses. Tal projeto não pode no entanto, ser descontextualizado da grande polarização na qual tem origem: a luta entre classes dominantes e dominadas.

O atendimento dessa demanda, deve ser encarada como uma necessidade social que decorrerá da capacidade de coalizão reformadora de imprimir mudanças efetivas nas estruturas institucionais, de forma a evitar que sejam filtrados pelo Estado - **e pelos sujeitos que têm possibilidades de construir estas mudanças** - apenas os aspectos racionalizantes da proposta reformista, minando a sua base política, o que indicaria uma possibilidade sempre inacabada no processo de construção social.

A convergência de interesses envolvendo trabalhadores, intelectuais, burocracia estatal e a população organizada, nos movimentos sociais e na gestão colegiada, possibilitaria a criação de amplos arcos de alianças políticas, necessárias para um sistema de saúde sob a lógica da solidariedade, pautado em uma universalização não excludente, em uma **descentralização** - financeira, de poder e de autonomia relativa aos municípios para melhoria de eficiência e eficácia dos serviços ao nível local -; **eqüidade** - que confira a igualdade de insumos e de acesso por necessidades iguais enquanto valor e princípio normativo de estruturação do sistema de saúde -; **participação e**

controle social - compreendidos estes espaços enquanto instâncias problematizadoras, de exercício da democracia e da atualização de identidade das lutas de saúde no país.

Este sistema não pode ser construído, tendo o mercado como regulador de compra e venda dos serviços de saúde e o Estado focalizador, cobrindo os que não forem **capazes** de suprirem-se no mercado. Também não pode ser construído, se assumido o retrocesso da relação contratual, onde os grupos ocupacionais são cobertos mediante benefícios que carecem da contribuição prévia tripartite, como propõe o seguro social. Este sistema pode ser construído sim, com o fortalecimento do setor público, com a ênfase em um Estado que se responsabilize pela provisão mínima essencial a cada cidadão, pois precisamos estar pautados em um Brasil desigual, onde muitos não têm garantido sequer seu espaço no mercado formal de trabalho e onde a opção por um modelo residual ou meritocrático significa condenar milhões de brasileiros a exclusão e a não sobrevivência.

Ao defendermos a cidadania enquanto um valor universal, que transcende a noção de direitos, gostaríamos de salientar nosso entendimento de que numa sociedade fragmentada, com enorme diversidade de interesses, a construção desta cidadania num sentido mais restrito ou até mais amplo, só poderá ser viabilizada através da participação, do engajamento e da organização da sociedade civil. Compreendemos que é nos espaços de conflitos e contradições do cotidiano que emergem as diversas formas de participação e organização. Assim como *Gramsci* já remarcava que a formação da vontade coletiva e geral é gerada nas disputas e conquistas que consolidam uma guerra de posição dada no âmbito da sociedade civil.

Torna-se imprescindível pensar a participação social enquanto estratégia, que possibilite colocar na "ordem do dia" a repolitização da saúde, a partir do eixo das condições de vida e do contexto de determinações sociais do processo saúde - doença e da organização dos serviços de saúde.

Campos (1992: 87-88) enfatiza que, a questão que permanece para o desenvolvimento deste processo transformador é, com QUE e QUAIS instrumentos vamos operar as modificações, e explicita inspirado em Castoriadis

"... no caso, articular a vontade política e deliberada de agir e a capacidade reflexiva de dois atores centrais no movimento da Reforma Sanitária: os trabalhadores de saúde e todos os setores da sociedade que dependem de um sistema público de saúde para assegurar a manutenção da sua vida"

Compartilhamos com a idéia do autor em epígrafe, e temos a clareza de que, a realidade concreta nos serve de referência para pensarmos um sistema de saúde sob a lógica da solidariedade, como uma possibilidade de reformulação no padrão dos serviços de saúde, enquanto construção de um processo democrático. Implica reconhecer uma possível superação / incorporação do corporativismo e do descontentamento hoje vigentes entre a maioria dos trabalhadores de saúde, dos dirigentes e usuários dos bens de consumo coletivo, incluindo naturalmente a saúde.

Neste sentido, a participação como um espaço social que possibilite constituir sujeitos participantes, passa pelo desenvolvimento da consciência sanitária, ao mesmo tempo como consciência de cidadão. Trata-se portanto, de um campo que representa a possibilidade de construção de um bloco histórico. Gramsci (1991) já havia afirmado que todo homem é um filósofo e um dirigente em potencial, um criador de condições materiais e subjetivas para o florescimento de reformas econômicas, sociais e morais.

Ao tentar fazer uma analogia com o pensamento de Castoriadis (1985), concluímos que: esse projeto de transformação - enquanto um movimento participante e compartilhado, entre os que dirigem, executam e usam os serviços de saúde -, não pode ser personificado em um homem, um partido, uma teoria, uma classe, porque ele adquiriu tal dimensão na sociedade em que vivemos que somente se concretizará, se a maioria dos homens o assumirem e fizerem dele a expressão concreta de suas necessidades e desejos.

ABSTRACT: In this paper , a theoretical reflection about the social participation as citizenship site, rescued from a struggle process for the Brazilian Sanitary Reformation in the 80`s and 90`s, has been reported. Thus, we have searched to define the social participation and the citizenship making-off after a reflection about the trials for a political social explanation for the process of citizenship, the ways to the rights to health, taking social participation related to legal institutional conquest and about participation while a possibility of social subjects constitution. It has been pointed out that in a full of contradictions context such as ours, the congregated administration may be constituted into a problematic space for both individual and collective construction of articulator subjects of logics of solidarity based system.

KEYWORDS: Social Participation - Citizenship

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSIS, M. M. A.. *A Municipalização da Saúde em Feira de Santana- BA: Intenção ou Realidade?* Ribeirão Preto, 1994. 210p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
2. BRASIL, Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.* Rio Grande do Sul, Ed. da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 1988.
3. _____, Lei Orgânica da Saúde- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Saúde em Debate*, n.30, p.15-20, 1990.
4. CALDERÓN, F.Q. ; JÉLIN, E. Classes Sociais e Movimentos Sociais na América Latina - perspectivas e realidades. *R. Bras. de Ciências Sociais*, v.1, n.3, p.27-37, 1987.
5. CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma.* Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
6. _____ Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. *Saúde e Sociedade*, v.1, n.2, p.79-96, 1992.

7. CARNOY, M. ; LÉVIN, H.M. *Escola e Trabalho no Estado Capitalista*. São Paulo: Cortez, 1987.
8. CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e 8.142). São Paulo: Hucitec, 1992.
9. CASTORIADIS, C. O Estado do Sujeito Hoje. In: *O Mundo Fragmentado - Encruzilhadas do Labirinto III*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p.201-238.
10. _____ *As Encruzilhadas do Labirinto /2: os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
11. _____ *A Experiência do Movimento Operário*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
12. COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: Um olhar Sobre a Experiência do Município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n.38, p.90-93, 1993.
13. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília, ANAIS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
14. FERREIRA, D. O.; LAFOZ, S. E.; JÚNIOR, L. C. Este aparelho de Estado pode não ser um aparelho qualquer. *Saúde em Debate*, n.28, p.46-51, 1990.
15. FLEURY, S. Estado Latino- Americano e Políticas Sociais: limitações e tendências na conformação da cidadania e do Estado. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.8, p.177-194, 1992.
16. GIACOMINI, C. H. A sociedade civil e a garantia do processo de Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, n.33, p.64-67, 1991.
17. GOULART, F. A. de A. Movimentos Sociais, cidadania e saúde. Anotações pertinentes a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, n.39, p.53-57, 1993.
18. GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. 9 ed, Rio de Janeiro: 19. Civilização Brasileira, 1991.
_____ *Poder, Política e Partido*. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.
20. LACLAU, E. Os Novos Movimentos Sociais e a Pluralidade Social. *R. Bras. de Ciências Sociais*, v.1, n.2, p.41-47, 1986.
21. MENDES, E.V.(Org.) *Distrito Sanitário - O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
22. MINAYO, M. C. *Abordagem antropológica para avaliação das políticas sociais*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. 1988. /Mimeografado.
23. NEDER, C. A. P. O seu candidato investirá no controle social, se eleito? *Saúde em Debate*, n.43, p.74-76, 1994.
24. SANTOS, L. dos ; CARVALHO, G. I. de. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. *Saúde em Debate*, n.34, p.60-66, 1992.
25. SPOSATI, A. ; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.8, n.4, p.366-378, 1992.