

## Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil

María Luisa Vázquez <sup>1,2</sup>  
 Maria Rejane Ferreira da Silva <sup>2,3</sup>  
 Eliane Siqueira Campos <sup>4</sup>  
 Ilma Kruze Grande de Arruda <sup>4,5</sup>  
 Alcides da Silva Diniz <sup>5</sup>  
 Ida Leite Veras <sup>4</sup>  
 Ana Paula Campos Pereira <sup>4</sup>

Social participation in health: concepts of users and community leaders in two municipalities of Northeastern Brazil

<sup>1</sup> CHC Consultoria i Gestió,  
 S.A. Av. Tibidabo 21, 08022  
 Barcelona, España.  
 mlvazquez@chccig.com

<sup>2</sup> Institute for Health Sector  
 Development.

27 Old Street, London  
 EC1V 9HL, United Kingdom.

<sup>3</sup> Faculdade de Enfermagem  
 Nossa Senhora das Graças,  
 Universidade  
 de Pernambuco.

Rua Arnóbio Marques 310,  
 Recife, PE 50100-130, Brasil.

<sup>4</sup> Instituto Materno-Infantil  
 de Pernambuco.

Rua dos Coelhos 300, Recife,  
 PE 50070-050, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal  
 de Pernambuco,

Av. Prof. Moraes Rêgo 1235,  
 Cidade Universitária,  
 Recife, PE 50670-901, Brasil.

**Abstract** Social participation in management of the health care system at different levels of government is one of the key policies promoted by the Unified National Health System (SUS) in Brazil. As with any new policy, success hinges on several factors such as stakeholders' interests and opinions, which have not always been considered in the past. This paper analyzes the underlying concepts of two groups of stakeholders with respect to social participation in health and the potential influence of these concepts on the effectiveness of policy implementation. A case study of two municipalities in Northeast Brazil was conducted using a combination of qualitative and quantitative social science research methods. Health services users and community leaders were interviewed. Various concepts were found in which the participatory approach to health policies was only partially reflected. Likely influences on stakeholders' concepts of social participation in health are the evolution of the broader Brazilian social context and the traditional performance of health services. Particular attention should be paid to stakeholders' opinions and concepts if policy effectiveness is to be improved.

**Key words** Consumer Participation; Health Services; Health System

**Resumo** A participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, nas diferentes esferas do governo, é uma das políticas promovidas na construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. O sucesso na implementação de qualquer nova política depende de diversos elementos, entre eles, os interesses e opiniões dos atores principais envolvidos e que nem sempre são considerados. Neste artigo são analisados os conceitos de participação social nos serviços de saúde de dois grupos de atores e como estas concepções podem influir na implementação da política de participação em saúde no Brasil. Realizou-se um estudo de caso em dois municípios do Nordeste do Brasil, utilizando uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos das ciências sociais. Foram entrevistados usuários e líderes comunitários. Encontrou-se uma grande variedade de conceitos, que só limitadamente coincidem com o enfoque de participação contemplado nas políticas. Conceitos provavelmente explicáveis pela evolução da sociedade e do sistema de saúde no Brasil, que requerem ser trabalhados na perspectiva de melhorar a eficácia da política de participação social.

**Palavras-chave** Participação Comunitária; Serviços de Saúde, Sistema de Saúde

## Introdução

As políticas que promovem a participação social foram introduzidas nos sistemas de saúde ao longo do tempo de formas diversas, em momentos diferentes e com distintas filosofias, portanto, não se pode dizer que sejam uma concepção nova. As diversas definições de participação nestas políticas podem-se agrupar em dois tipos (Morgan, 2001): participação como *meio* ou perspectiva utilitária e participação como *fim*, ou perspectiva de *empowerment*. Como *meio*, a participação da sociedade é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições, como uma alternativa estratégica emergencial ou de intervenções prioritárias, para completar os recursos institucionais. Muitas das experiências de participação nos sistemas de saúde podem ser consideradas participação como meio. Entretanto, diversos estudos questionam o estímulo à participação popular inspirada nesta linha de pensamento, discutindo aspectos de natureza ética, metodológica, como também avaliam a ineficácia destas intervenções adotadas no controle de endemias (Acioli & Carvalho, 1998; Bryan et al., 1994; Chiaravalloti et al., 1998; Cortazzo & Cuenca, 2000; Coura Filho, 1998; Demo, 1996; Dias, 1998b; Valla, 1998b). A perspectiva de participação como *fim* em si mesma reconhece o direito da população a participar nas decisões que afetam sua vida cotidiana e se promove como espaço democrático para o controle social das instituições. Esta filosofia orientava as políticas de atenção primária e também aparece nas reformas dos sistemas de saúde na América Latina (Celedón & Noé, 2000; Vázquez et al., 2002a).

Em que pese as diversas interpretações e aplicações do conceito, considera-se que a participação social é um processo, e, como tal, admite diversas modalidades e diferentes escalas de atuação (Castro-Pérez & Hernández-Tesoquipa, 1993; Dias, 1998b). Alguns autores apresentam classificações em que distinguem vários níveis de participação incluindo diferentes gradações. Uma destas classificações é a chamada escala de participação de Arstein (1969), que considera dois grandes níveis. O primeiro nível é chamado de *participação simbólica* e inclui categorias que se caracterizam pela falta de partilha de poder e, em seqüência ascendente, considera participar como a utilização de serviços, informação, consulta e conciliação. A passagem para o segundo nível, denominado *controle cidadão*, começa com a colaboração, inclui o poder delegado e, finalmente, alcança um grau denominado controle cidadão. Neste nível, a participação se expressa com o exercício de poder

decisório, solidário e compartilhado (Vázquez, 1999). Considera-se que, na medida em que se avança nesta escala, o processo participativo se torna mais complexo e exigente, visto que implica, para o participante, o cumprimento de uma série de requisitos e condições de diferentes índoles (conhecimentos, experiência, autonomia, consciência de interesses, capacidade de liderança e de gestão, etc.) (González, 1996) e também necessitará utilizar diferentes instrumentos, especialmente a capacidade de convocar e liderar grupos, identificar estratégias, administrar recursos, etc.

No Brasil, nas últimas duas décadas, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – pautada por diretrizes contidas na *Constituição* de 1988 (Brasil, 1988), nas leis 8.080/90 (Brasil, 1990a) e 8.142/90 (Brasil, 1990b) e nas Normas Operacionais Básicas (01/91, 01/93, 01/96) (MS, 1991, 1993, 1996) – instituíram-se modificações nas relações entre as três esferas de governo, determinando-se novas funções e transferência de competências aos municípios. Estas instruções legais prevêm a organização do SUS baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, bem como da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo.

O novo marco legal em saúde recolhe uma concepção democrática da participação, significando a integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros. Assim mesmo, nos textos legais, está garantido que a participação da população, também denominada controle social, seja direta, através da integração em órgãos colegiados deliberativos, como os Conselhos de saúde, ou outros espaços institucionalizados (Conferências de Saúde, etc.) criados para tal fim. Por outro lado, também se promove o controle social do poder através dos canais institucionais da democracia tradicional. Portanto, a possibilidade de participação da população nos serviços de saúde foi significativamente ampliada e se consolidou como um componente central e prioritário na formulação de políticas do sistema de saúde.

No entanto, um nó crítico em relação à participação da população consiste no descompasso entre o avanço e as conquistas obtidas no plano legal e a prática cotidiana nos serviços de saúde (Cohn, 2000; Córtes, 2002; Cotta et al., 2000), que é a expressão dos resultados obtidos na implementação da política. Existem numerosos elementos que influenciam a eficácia das

políticas, entre eles, o contexto em que são promovidas, os processos como são implementadas e as opiniões e atitudes dos próprios atores sociais envolvidos (Walt & Gilson, 1994). Porém, com algumas exceções (Mosquera et al., 2002; Pessoto et al., 2001), a maioria das publicações encontradas que analisam processos participativos em saúde relatam fundamentalmente experiências de participação da população no desenvolvimento de programas pontuais de educação para saúde ou de controle de endemias (Acioli & Carvalho, 1998; Alves et al., 1998; Coura Filho, 1998; Dias, 1998a, 1998b). Observa-se uma grande escassez de estudos destinados a avaliar os conceitos e atitudes dos diferentes atores sociais no que diz respeito à participação da população na gestão dos serviços de saúde em nível local.

Desta forma, desenvolveu-se uma pesquisa destinada a analisar diferentes aspectos da implementação das políticas de participação social nos serviços de saúde, no contexto das atuais reformas do setor saúde no Brasil. Neste artigo, apresentam-se unicamente os resultados correspondentes às concepções de participação social em saúde de usuários dos serviços de saúde e líderes comunitários das localidades estudadas. Nas análises, procura-se identificar se a atual política de reforma setorial influencia as noções de participação social em saúde destes dois segmentos da população, que outras influências se observam em seus conceitos e se finaliza com algumas indicações que visem a melhorar a implementação desta política.

## Metodologia

O estudo foi realizado nos municípios do Cabo de Santo Agostinho (predominantemente rural) e Camaragibe (predominantemente urbano), integrantes da Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, no Nordeste brasileiro.

Para sua seleção, aplicaram-se os seguintes critérios: constituir o nível máximo de descentralização do sistema de saúde, terem características rural e urbana e terem implementado reformas no setor.

O desenho da pesquisa corresponde a um estudo de caso com múltiplas fontes de evidências. Na coleta e análise da informação, utilizou-se uma combinação de diversos métodos qualitativos e quantitativos das ciências sociais.

Realizou-se um *estudo qualitativo*, entre maio de 1999 e março de 2000, para reunir as opiniões e os conceitos da população estudada sobre participação social em saúde. Realizaram-se entrevistas individuais semiestruturadas (guiadas por roteiros) e grupos focais. Para cada grupo de informantes elaborou-se um roteiro específico, com uma primeira parte comum a todos os informantes. As entrevistas e grupos focais foram gravadas e, posteriormente, transcritas textualmente. A duração das entrevistas foi de 60 a 90 minutos.

Participaram desse estudo 135 usuários e 14 líderes comunitários. Através de 11 grupos focais e 24 entrevistas individuais entrevistaram-se usuários de ambos os sexos com idade entre 18 e 65 anos, de diferentes níveis de renda, dos quais uma parte utilizava os serviços públicos de saúde e uma outra a rede privada. Consideraram-se líderes comunitários os representantes das organizações comunitárias nos municípios de estudo. As organizações comunitárias, identificadas e contactadas em ambas as localidades, indicaram os líderes. Realizaram-se oito entrevistas individuais e um grupo focal (Tabela 1). Nenhum dos líderes entrevistados era membro do Conselho Municipal de Saúde (CMS) nem havia recebido capacitação de conselheiro saúde.

Realizou-se uma análise narrativa do conteúdo. Segmentaram-se manualmente os dados. A aproximação à análise foi mista e geraram-se categorias de análises a partir do rotei-

Tabela 1

Número de entrevistados segundo tipo de informante e método por município. Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, Pernambuco, Brasil, 2000.

Total de informantes	Tipo de entrevista			
	Cabo de Santo Agostinho		Camaragibe	
	Entrevistas individuais	Grupos focais	Entrevistas individuais	Grupos focais
Usuários	12	63	12	48
Representantes de entidades comunitárias	5		3	6

ro de entrevista e dos temas emergentes das entrevistas. Na segunda etapa da análise criaram-se subcategorias a partir do agrupamento das informações correspondentes. Para assegurar a qualidade dos dados, os resultados foram discutidos com os entrevistados e se realizou a triangulação da informação através de comparações entre distintos grupos de informantes, técnicas diferentes e análises dos dados por vários pesquisadores.

No estudo *quantitativo*, procurou-se determinar, entre outros aspectos, a extensão dos conceitos sobre participação na população. Realizou-se um inquérito populacional, no período entre março e junho de 2000. Utilizou-se um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, estruturado de maneira a permitir a coleta de dados relacionados com a participação do usuário no serviço de saúde. Para determinar a extensão, na população, dos diversos conceitos sobre a participação nos serviços de saúde, utilizaram-se duas perguntas abertas, formuladas de maneira diferente que buscavam permitir a livre expressão do usuário.

Calculou-se o tamanho da amostra com base na taxa de utilização dos mecanismos institucionais de participação nos serviços de saúde, segundo os resultados do estudo-piloto. Para uma população de 149.964 habitantes no Cabo de Santo Agostinho e 118.968 em Camaragibe, admitindo-se um nível de confiança de 95%, uma precisão de 3% e uma taxa de utilização de mecanismos de participação na ordem de 25%, estimou-se em 797 e 795, respectivamente, o número de indivíduos a serem incluídos no inquérito. Selecionou-se aleatoriamente a amostra, com seleção sistemática dos domicílios. Calculou-se o intervalo da amostra e sor-

teu-se o início do inquérito em cada agrupamento de domicílios. Finalmente, para garantir uma boa representação masculina, fez-se uma amostragem por cota em cada bairro. Foram entrevistadas 1.590 pessoas: 801 delas em Cabo de Santo Agostinho e 789 em Camaragibe, 54,2% mulheres e 45,8% homens de todos os grupos de idades (Tabela 2).

Durante a realização do inquérito, todos os questionários eram revisados, e se repetiram 20% das entrevistas (cerca de 318). Utilizou-se a técnica de dupla entrada para a digitação dos dados no programa Epi Info versão 6.0, em um banco provido de mecanismos de controle para verificação automática de incongruências. Relatórios de frequências simples apoiaram as análises de consistência. As respostas das perguntas abertas foram agrupadas por critério de similitude de conteúdo e, posteriormente, codificadas. Para as análises univariada e bivariada, utilizou-se o programa SPSS, versão 10.

## Resultados

### Conceitos de participação social nos serviços de saúde

No estudo qualitativo, perguntou-se aos entrevistados sobre seus conceitos de participação social em geral e nos serviços de saúde, especificamente. Em ambos os municípios, encontrou-se, como era esperado, que as pessoas entrevistadas tinham dificuldades para definir estes conceitos com expressões abstratas e, com frequência, respondiam descrevendo ações relacionadas. Desta forma, utilizaram para ambos expressões similares, recorrendo a exem-

Tabela 2

Distribuição da amostra estudada por idade e sexo. Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, Pernambuco, Brasil, 2000.

Idade (anos)	Cabo de Santo Agostinho*					Camaragibe**				
	Feminino		Masculino		Total	Feminino		Masculino		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
13-19	44	10,0	39	10,8	83	28	6,7	42	11,4	70
20-30	115	26,1	73	20,2	188	122	29,9	76	20,7	198
31-45	139	31,6	77	21,3	216	132	31,4	76	20,7	208
46-65	99	22,5	110	30,5	209	103	24,5	108	29,3	211
66 e +	43	9,8	62	17,2	105	36	8,6	66	17,9	102
<b>Total</b>	<b>440</b>	<b>54,9</b>	<b>361</b>	<b>45,1</b>	<b>801</b>	<b>421</b>	<b>53,4</b>	<b>368</b>	<b>46,6</b>	<b>789</b>

\*  $\mu = 41,8$ ; DE = 18,3.

\*\*  $\mu = 41,9$ ; DE = 18,0.

plos da prática cotidiana. Não se identificaram diferenças marcantes entre os distintos tipos e grupos de informantes (segundo o nível de renda, idade ou natureza do serviço de saúde utilizado). No entanto, noções mais elaboradas dos conceitos de participação social, em geral e nos serviços de saúde, emergiram das respostas do grupo de líderes comunitários.

No conjunto das respostas apresentadas pelos entrevistados, identificaram-se duas noções básicas: a participação como uma *ação individual* e a participação como uma *ação coletiva*. Como ação individual, a participação foi considerada como a contribuição que cada indivíduo pode oferecer à comunidade através de atividades diversas. Este enfoque foi mais predominante entre os entrevistados de Camaragibe. Sob a ótica coletiva, a participação definia-se como um conjunto de ações organizadas voltadas aos interesses coletivos ou um inter-relacionamento entre instituições e comunidade. Considerando a semelhança das respostas para ambos conceitos, e que nosso objeto de estudo é a política de participação em saúde, apresentaram-se exclusivamente os resultados relativos às concepções de participação social nos serviços de saúde.

- **A participação social nos serviços de saúde como ação individual**

Observou-se a preponderância de idéias centradas nas noções de deveres e na realização de atividades junto aos serviços de saúde, tanto na busca de informações e conhecimentos, como mediante a colaboração nos programas assistenciais. Numerosas respostas relacionavam o conceito de participação em saúde com a utilização dos serviços de saúde.

1) Deveres. Em ambas as localidades, uma parte dos usuários relacionou o conceito com a idéia de responsabilidade e de compromisso das pessoas em realizar ações que possam contribuir para melhorar a saúde: *“É a minha contribuição que eu dou dentro da sociedade... para o melhor desenvolvimento dentro desse aspecto da saúde. Participar é o nosso dever no aperfeiçoamento da saúde”* (usuário do Cabo de Santo Agostinho). Neste grupo de respostas, a participação em saúde assume uma conotação, tanto do dever cívico, como do compromisso moral configurado na noção de solidariedade. As expressões refletiam a idéia de que cada indivíduo participa cooperando com outros mais necessitados, quer seja com ajudas econômicas ou com o próprio trabalho *“Cada pessoa... pode participar ajudando alguém no meio da saúde. Tem alguma família que tá precisando, você po-*

*de ser solidário, ajudar”* (usuários do Cabo de Santo Agostinho).

2) Atividades dos indivíduos junto às instituições de saúde. Numerosos entrevistados, a grande maioria usuários, definiram a participação nos serviços de saúde descrevendo atividades de natureza diversa que levam à interação das pessoas com as instituições de saúde em diferentes níveis de comprometimento.

Para alguns dos entrevistados, a participação nos serviços de saúde consiste na busca de informações que proporcione a ampliação do conhecimento sobre aspectos relacionados à saúde. Nas respostas, fizeram referências às unidades de saúde e, principalmente, aos agentes comunitários como fonte de informação. *“Receber orientação sobre doenças, como prevenir, evitar certas doenças”, “Seria as pessoas que interage com os agentes de saúde buscando informações sobre os problemas que a comunidade tem”* (usuários do Cabo de Santo Agostinho). Destacaram, nesta interação, a frequência às atividades de educação para saúde para adquirir conhecimentos sobre seus problemas de saúde *“Participar de reuniões para saber se a saúde vai bem ou não”* (usuários de Camaragibe).

Outros usuários, de ambas as localidades, entendiam a participação nos serviços de saúde como a oportunidade de manifestar-se, falar, expor idéias, emitir opiniões, queixas e sugestões sobre os serviços de saúde diretamente nas unidades ou na secretaria de saúde *“Ir lá no posto de saúde e falar com o chefe”, “É dar sugestões para melhoria”* (usuários do Cabo de Santo Agostinho). *“Debatendo nos postos, dando opinião, sugerindo”* (usuários de Camaragibe).

Outra noção de participação em saúde compartilhada entre os usuários de ambas as localidades e um dos líderes de Camaragibe se referia à colaboração com os serviços de saúde. Este grupo considerava que a saúde é uma necessidade e que todos deveriam participar realizando trabalho voluntário desenvolvido em parceria com as instituições para construir, limpar ou recuperar estruturas públicas, e também ajudar nas atividades realizadas pelas unidades de saúde *“É a gente zelar por aquilo que recebeu. É ajudar em tudo”* (usuários do Cabo de Santo Agostinho); *“Colaborar para que a saúde se desenvolva mais”, “Coletar e queimar o lixo”* (líder de Camaragibe). Outra forma seria conhecendo e divulgando informações relativas às atividades dos serviços de saúde *“Você tem que tá sempre inteirada naquilo que... vamos supor se eles fazem campanha da vacina, tem que tá dentro, tem que ter o esclarecimento que é para mostrar o povo para que serve aquilo”* (usuários do Cabo de Santo Agostinho).

3) Utilização dos serviços de saúde. Números entrevistados descreveram a participação social nos serviços de saúde como a utilização dos serviços de saúde, isto é, a oportunidade de beneficiar-se das atividades e programas oferecidos pelas unidades de saúde, a oportunidade de utilizá-los quando for necessário “*É o atendimento, a gente está doente e tem que ir ao médico*” (usuário do Cabo de Santo Agostinho); “*O pessoal participando, indo pro médico, fazendo exame*” (usuário de Camaragibe). Outro grupo de respostas expressava a necessidade do atendimento à saúde e se descrevia como a extensão da assistência à saúde aos grupos populacionais mais pobres ou para aqueles que vivem em áreas de difícil acesso “*Então, a participação no serviço de saúde, é isso, é saúde chegar nessas camadas menos favorecidas*” (líder do Cabo de Santo Agostinho). “*Dentro de uma área rural, seria necessário ter um sistema de saúde... O homem do campo não tem tanto acesso*” (usuário do Cabo de Santo Agostinho). Alguns dos entrevistados descreveram a participação como a assistência à saúde nas comunidades, segundo suas observações sobre atividades dos programas de agentes comunitários de saúde e da família “*A saúde lá na área passa nas portas*”, “*A agente de saúde vai nas casas, vai fazer visita...*” (usuários de Camaragibe).

- **A participação social nos serviços de saúde entendida como uma ação coletiva**

Sob a perspectiva coletiva, as noções de participação em saúde que emergiram dos discursos dos entrevistados, descritas como o trabalho coletivo organizado, foram semelhantes nos dois municípios. Uma parte dos usuários entendia a participação nos serviços de saúde como a integração das pessoas em reuniões com a finalidade de discutir seus problemas e necessidades de saúde. “*Reunir e discutir as necessidades de saúde*”, “*Reunir as pessoas para discutir dificuldades e conseguir melhorias para a saúde*” (usuários de Camaragibe). Em algumas respostas, observou-se idéias de organização e movimento social reivindicativo, com destaque ao papel desempenhado pelas organizações comunitárias como canalizador dos anseios da comunidade “*se organizando e participando do movimento geral*”, “*Reivindicar melhorias através das organizações*.” (usuários de Camaragibe e do Cabo de Santo Agostinho).

Idéias semelhantes, porém mais elaboradas, foram observadas nas respostas dos líderes comunitários, que descreveram o conceito de participação social em saúde de uma forma mais dinâmica e processual. Assim, além da in-

tegração da população em atividades associativas em busca de melhoria das condições de saúde, também fizeram referência ao papel das organizações comunitárias na monitorização do atendimento, a partir das queixas dos usuários levadas às organizações comunitárias, e o seu papel interlocutor junto ao governo no encaminhamento das reivindicações populares. “*Se o morador for mal atendido... traga o nome da pessoa que atendeu mal... que aqui na associação levamos para o Conselho Municipal de Saúde*” (líder do Cabo de Santo Agostinho).

Uma parte destes entrevistados entendia que participar nos serviços de saúde é uma ação que requer a mobilização, discussão, compreensão e organização da comunidade em busca de respostas aos seus problemas e necessidades em saúde “*Tem que cobrar as melhores condições de saúde no nosso país, no nosso município e no nosso bairro*” (líderes do Cabo de Santo Agostinho). “*E hoje tem crescido cada vez mais o movimento organizado, cobrando melhores políticas de saúde*”. “*A conscientização das pessoas, não é? Se eu estou aqui, se eu acho que eu tenho uma conscientização de que eu tenho direito à saúde bucal, à saúde relacionada a qualquer ramo da medicina dentro do município...*” (líderes de Camaragibe).

Por outro lado, em algumas das respostas dos dois grupos de entrevistados emerge a participação como a interação com as instituições através dos mecanismos institucionais de participação em saúde. Para alguns dos entrevistados, a utilização destes mecanismos, diretamente ou através das organizações comunitárias, é uma das formas que a população tem de manifestar suas idéias e interesses na busca de soluções aos seus problemas de saúde: “*As pessoas aqui participam do Conselho Municipal de Saúde (...), entidade da sociedade [a] que vão para discutir, debater com os médicos, secretários quais os objetivos que o conselho deve ter, qual a direção que o conselho deve seguir para propiciar uma qualidade de saúde melhor na sociedade*” (usuário de Camaragibe). “*Creio que a gente deve fazer com luta, com garra. Ir ao Conselho e exigir, cobrar...*” (usuário do Cabo de Santo Agostinho). Apenas no Cabo, uma parte dos líderes mencionou a interação da população ou de seus representantes com as instituições de saúde, também através dos conselheiros gestores “*Cobrar melhores condições de saúde no país, no município e no nosso bairro... Agora, isso só vai acontecer quando a comunidade se organizar através do Conselho Municipal de Saúde ou dos conselhos gestores*” (líder do Cabo de Santo Agostinho).

### Formas de participação e colaboração nos serviços de saúde

No estudo quantitativo, as respostas às duas perguntas abertas sobre conceitos de participação nos serviços de saúde também mostraram diversas concepções.

#### • Formas de participação nos serviços de saúde

Quando perguntou-se quais as formas de participação nos serviços de saúde que conheciam, não houve uma grande variedade de respostas. Quase 60% dos entrevistados em ambas as localidades não souberam mencionar de que maneira poderiam participar. Entre os que mencionaram alguma forma de participação, a maior proporção de respostas se referia à utilização dos serviços de saúde. Em torno de 15% das pessoas, de ambos os municípios, referiu pelo menos uma ação individual ou coletiva de participação através de mecanismos não institucionais. Foi mínimo o número de pessoas que mencionou algum mecanismo institucional de participação. Mesmo assim, em Camaragibe, foram citados o CMS, a conferência de saúde, o disque-saúde, a Superintendência de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), e o mais referido foi a caixa de sugestões, ao passo que, no Cabo, apenas foi citado o Disque-Saúde (Figura 1).

#### • Formas de colaboração com os serviços de saúde

À diferença do anterior, quando perguntados sobre as formas de colaboração com os serviços de saúde que conheciam, as respostas dos entrevistados foram mais diversificadas. Houve uma redução importante, a um terço, das pessoas que afirmaram não saber responder ou que deram respostas vagas e imprecisas (outros) (Figura 2). Tanto no Cabo de Santo Agostinho (24,3%), como em Camaragibe (18,2%), uma proporção importante de entrevistados indicou a fiscalização de atividades e denúncias como formas de colaboração com os serviços de saúde. Por outro lado, mencionaram-se, também mecanismos não institucionais de participação nos serviços de saúde. Em ambos os municípios, aproximadamente 9% das respostas se referia a atuação através das associações ou grupos comunitários organizados. Nos dois municípios, cerca de 12% dos entrevistados disseram que não podiam colaborar, alegando, entre os motivos, a falta de tempo e, principalmente, de condições (Figura 2). Uma pequena proporção das respostas refletia uma idéia de participação subordinada aos serviços “respeito as normas dos serviços”, “a pontualidade e a paciência nas filas”, “não provocar desordem” e “receber os agentes de saúde em casa”. A variedade das respostas foi bastante similar às descrições do conceito de participação nas entrevistas qualitativas.

Figura 1

Distribuição percentual das respostas sobre as formas de participação nos serviços de saúde referidas pelos usuários. Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, Pernambuco, Brasil, 2000.

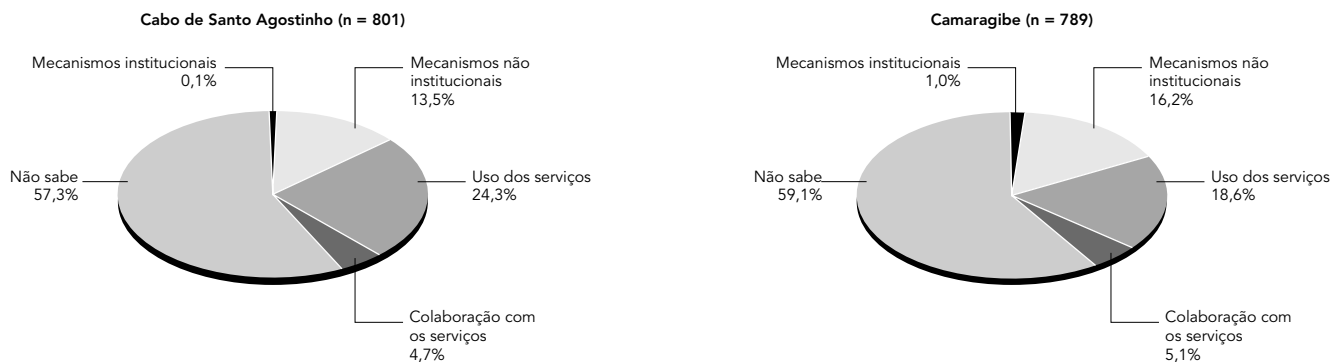
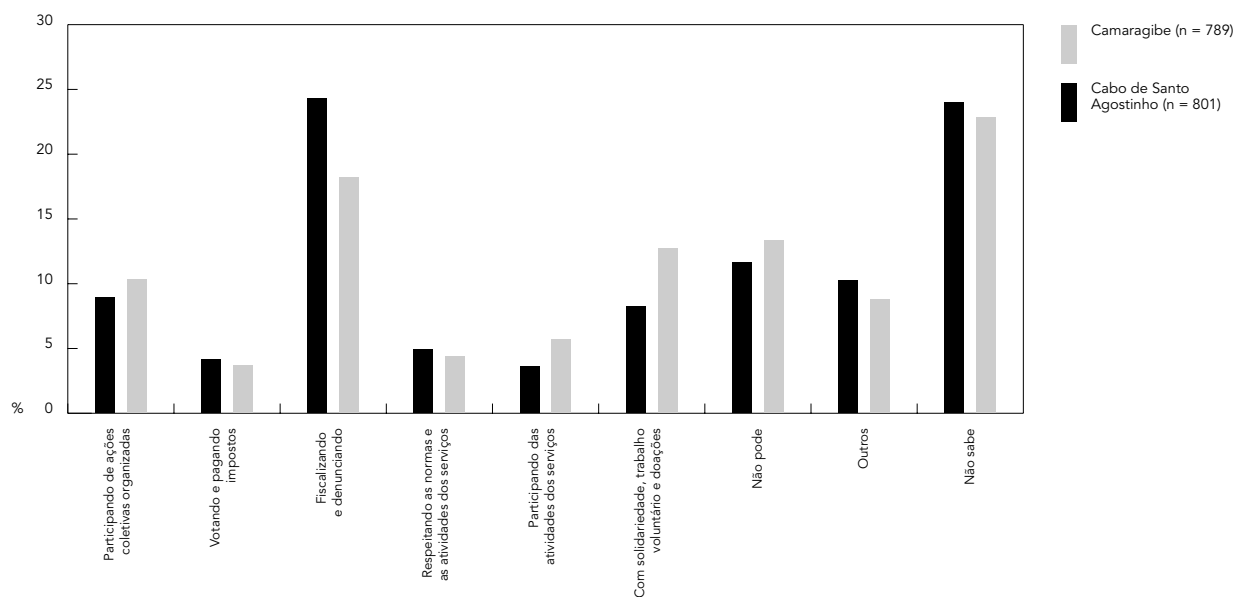


Figura 2

Distribuição percentual das respostas sobre as formas de colaboração com os serviços de saúde. Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, Pernambuco, Brasil, 2000.



## Discussão

Os entrevistados de ambos municípios, tanto no estudo qualitativo, como quantitativo, mostraram dificuldades na definição dos conceitos e expressaram suas noções de participação social nos serviços de saúde como um conjunto de ações de natureza individual e coletiva, com predomínio de descrições de ações de caráter individual. A descrição dos conceitos em forma de ações é mais uma evidência de que o saber próprio da população está construído com base em suas vivências e experiências diretas. Os conceitos formados pela população emergem da interpretação e representação do mundo em que vivem (Dias, 1998b; Pedrosa, 1997). Desta forma, esperava-se que os entrevistados se expressassem através da descrição de ações do cotidiano, ainda mais quando se trata da expressão de conceitos relativos a um área específica como a saúde.

### Participação social – um dever cidadão

Os discursos dos entrevistados encerram a idéia de que participar é uma responsabilidade e um dever. No entanto, nas respostas dos líderes comunitários, salienta-se que o conceito de parti-

cipação não se expressa como um direito individual, mas como uma prerrogativa a ser conquistada. Descreve-se como uma necessidade de mobilização, organização e reivindicação por parte da sociedade na tentativa de assegurar direitos sociais. Esta forma de expressar a participação parece revelar a fragilidade do reconhecimento das pessoas como cidadãos. O reconhecimento da cidadania por parte dos indivíduos é apontado como um dos fatores fundamentais para que se efetive a participação social no setor saúde (Zakus & Lysack, 1998).

Ainda que o reconhecimento da necessidade de reivindicação pudesse indicar um certo sentido de direito, a noção da participação em saúde como direito não se reflete nas respostas dos entrevistados. Ao contrário, um dos líderes comunitários considera que uma grande parte da população percebe só a existência de deveres e a ausência de direitos: “*Após 64 até 69, nosso público foi forçado a calar, só tem dois direitos: o de não ter direito, e o direito de não abusar deste direito... (...) O povo tinha que reivindicar os seus direitos e a grande pergunta da maior parte da população de Camaragibe, naquela época, era: que direitos? Era a mesma pergunta que hoje se a gente sentar, começar a conversar ou discutir, você conversar com um amigo e com*



*outro, você também vai ver muito, ainda tem a pergunta – que direitos?. Porque passam pra gente obrigações...”. Observações semelhantes foram registradas em um estudo realizado com um grupo de usuários de serviços do Rio de Janeiro. Neste estudo, as autoras afirmam: “Nota-se a percepção nítida de que os direitos não existem para a massa da população. A falta da concretização dos direitos que não saem do papel fica clara na fala dos usuários, assim como a percepção da marcante divisão de poder presente na sociedade” (Bosi & Affonso, 1998:360).*

Observou-se, também, descrições de participação social em saúde como uma ação cívica e solidária. Expressavam a necessidade dos indivíduos de colaborar voluntariamente com a sociedade e, no caso, com os serviços de saúde, para conservar e melhorar bens públicos ou participar de atividades de interesses comuns. Estas noções são sugestivas a uma resposta da comunidade ao impulso historicamente dado pelo governo as políticas sociais, adotando o princípio da participação popular, como um meio para alcançar os objetivos. Durante várias décadas, foi tradição dos governos brasileiros solicitar a participação da população – principalmente os mais pobres, moradores de bairros periféricos e favelas – através de trabalho voluntário, e às vezes com dinheiro, para realizar ações e obras de responsabilidade do governo (Valla, 1998a). Na área da saúde, convocava-se a população para colaborar, entre outras atividades, em campanhas de vacinação, na recuperação de estruturas físicas das unidades e programas de controle de endemias. Este enfoque também parece refletir-se nas diferenças entre as respostas às duas perguntas quantitativas, mais numerosas e diversas à pergunta sobre colaboração com os serviços do que a sobre participação nos serviços. Chama a atenção o fato de a população, incentivada pelas instituições, estar disposta a participar de projetos desta natureza. Valla (1998a) considera que a adesão da comunidade a este tipo de estratégia se explica pelo fato de que as classes populares participam como forma permanente e intrínseca de sobrevivência. As condições de extrema pobreza e a falta de políticas sociais que respondam às suas necessidades parecem ser os fatores que contribuem para que a população concorde em participar deste tipo de intervenção. Apesar de estas estratégias resultarem em benefícios – tais como construção de casas, escadarias, recuperação de unidades de saúde –, do ponto de vista ético considera-se uma penalização injusta às populações mais pobres. Por um lado, porque, com empregos e salários mais dignos, alguns destes problemas poderiam estar solucio-

nados, e por outro, também permite ao Estado repassar suas obrigações e responsabilidades a outros segmentos da sociedade (Briceño-León, 1998; González, 1996; Valla, 1998b).

#### **A participação como expressão de opiniões e intercâmbio de informações**

Aplicando a escala de Arstein (1969) como referência, se pode valorizar, a partir dos conceitos expressados, o nível de participação em que se encontra o conjunto dos entrevistados deste estudo. Os entrevistados descreveram a participação como uma forma de interatuar com as organizações comunitárias e com as instituições em diferentes níveis de envolvimento. Alguns concebiam a idéia de participação centrada na obtenção de informação. Outros se referiam à oportunidade de poder expressar queixas, opiniões e sugestões. Ambas as concepções estão consideradas como formas simbólicas de participação, segundo a escala referenciada. No patamar da informação, o interesse dos indivíduos está concentrado na obtenção de dados, na observação de fatos, na recepção de mensagens com as quais possam reunir informações que permitam conhecer e interpretar uma situação e dispor de elementos de juízo para suas condutas (González, 1996). A participação expressada com a idéia de manifestar queixas, sugestões e de poder emitir as próprias opiniões situa os indivíduos no patamar da consulta. Nesta instância, os participantes opinam sobre todos ou alguns aspectos de um problema ou situação. Esta opinião se constitui no elemento de juízo para a tomada de decisão. Também exige algumas respostas aos anseios para que se motivem a formular sugestões destinadas a resolver problemas ou transformar situações (González, 1996).

Estes resultados têm especial importância quando se concebe a construção do SUS também como um processo de aprendizado e de conquista da cidadania e independência. A participação simbólica da população é importante, porém suscetível à manipulação e frágil ao clientelismo, podendo facilmente legitimar práticas conservadoras e autoritárias. Pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica a existência de canais de participação de-substruídos e fluxo constante de informações. Requer processos que favoreçam a participação ativa, autônoma, representativa e co-responsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas (Demo, 1996).

### **A participação entendida como uma ação coletiva organizada**

Em ambas as localidades, emergiram idéias de participação social em saúde como um trabalho conjunto e também como idéias de luta, de reivindicação e de fiscalização dos serviços de saúde. Ainda que, para um pequeno grupo de entrevistados, estas noções incluíam ações coletivas e de natureza política, para a maioria, a participação está longe de se constituir em um mecanismo fundamental no processo de transformação social e do setor saúde. A idéia de fiscalização dos serviços de saúde aparece em uma proporção não depreciável das respostas dos usuários no inquérito, porém as noções da maior parte do grupo aparecem distantes das concepções contidas nos discursos oficiais e dos representantes locais e nacionais das organizações sociais.

A participação social é tema presente nas discussões sobre os rumos técnicos e políticos do SUS. No entanto, o debate está marcado por ambigüidades que expressam as diferentes perspectivas com que se utiliza o termo (Valla, 1998b). A *Constituição* de 1988 utiliza o termo “participação da comunidade”. Na legislação do SUS aparece designada de várias formas, entre elas “participação social” e mais predominantemente “controle social” (Cohn, 2000) que é também a expressão utilizada pelos representantes do movimento sanitário a nível nacional (Marcelos Neto, 2000). Cada um destes termos tem diferentes concepções e interpretações tonificadas por matizes políticas e ideológicas. O conceito de controle social, segundo Cohn (2000), diz respeito ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade, envolvendo a idéia de “fiscalização e punição”. No que se refere ao SUS, considera que o que vem sendo denominado de controle social diz respeito ao poder de deliberação exercido pelos Conselhos de Saúde na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação (Cohn, 2000).

Neste estudo, observou-se que, nas definições dos líderes comunitários, acentuaram-se as noções de conscientização e mobilização da comunidade. Houve referências à participação social como uma capacidade potencial da população de intervir no processo de decisão política nas diferentes instâncias de poder. No que se refere à saúde, aparece a noção de participar como idéia de fiscalização dos serviços e desta-

que aos espaços institucionais em que as organizações sociais desempenham o papel de interlocução nas relações com o governo. Entretanto, apenas os Conselhos de Saúde e os Conselhos Gestores foram citados como exemplo destes espaços, estes últimos, apenas pelos líderes do Cabo de Santo Agostinho. Ao que parece, o discurso oficial e dos líderes comunitários veicula a noção de participação social em saúde vinculada à idéia de controle social exercido, principalmente, através dos Conselhos de Saúde. Entretanto, só aparece timidamente na linguagem da população em geral, que nesse sentido se aproxima à visão do próprio pessoal de saúde (Vázquez et al., 2002b).

### **A participação social como utilização e acesso dos serviços de saúde**

Neste estudo, a idéia de utilização dos serviços de saúde apareceu como expressão de participação social em saúde. Este conceito corresponde ao primeiro patamar de participação simbólica, segundo a escala de participação de Arstein (1969). A noção de utilização dos serviços é considerada como o nível mínimo de expressão de participação em saúde (Vázquez, 1999).

Entre as inúmeras respostas que relacionavam a participação em saúde com a utilização dos serviços, identificaram-se duas formas complementares de abordagem: a participação descrita como dispor de atendimento ou como a dificuldade de acesso.

A ênfase nas dificuldades para assegurar o atendimento à saúde parece indicar a falta de capacidade de resposta dos serviços. Contudo, a falta de acesso não é um problema particular dos municípios estudados. O relato dos entrevistados contribui para mostrar o cenário nacional de dificuldades para utilização dos serviços do SUS. O sistema ainda permite o acesso diferenciado, privilegiando alguns, enquanto grande parte da população enfrenta filas, madrugada à espera de atendimento ou paga planos de saúde para ter direito a consultas ou exames (MS, 2002). Outros autores também destacam estas observações. Em um relato de experiências de pesquisa-ação participativa para o controle da doença de Chagas, observou-se que o principal motivo para participação era o anseio da população de conquistar algum tipo de serviço de atenção básica na localidade. Na avaliação da pesquisa realizada ao cabo de dez anos, constatou-se que esta continuava sendo a primeira necessidade expressada pela população (Dias, 1998b). Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, com os usuários da rede pública, Bosi & Affonso (1998) salientam que, quando se tra-

ta de participação em saúde, o que mais se evidencia é o enfrentamento da população na tentativa de solucionar seus problemas de saúde no cotidiano. Participar tem como principal objetivo ser beneficiado pela assistência e, para os usuários, o mais importante é ser atendido (Bosi & Affonso, 1998).

A participação entendida como utilização dos serviços de saúde talvez também poderia ser explicada pelo trabalho de incentivo ao comparecimento da população às unidades de saúde. Nas últimas décadas, com o propósito de melhorar a utilização dos serviços, foram feitos investimentos na divulgação das atividades, combinada com a convocatória à participação nos trabalhos educativos e assistenciais realizados pelos serviços de saúde (Vázquez et al., 2002a).

## Conclusões

A *Constituição* de 1988, as leis e NOBs relativas à criação do SUS ampliaram consideravelmente a possibilidade de participação da sociedade na gestão dos serviços de saúde. Porém, os conceitos e opiniões dos atores principais parecem mostrar uma influência limitada destas transformações. Uma boa parte destes conceitos enfatiza aspectos tais como o dever, a solidariedade e a colaboração com os serviços de saúde, refletindo, por um lado, a evolução histórica do Brasil com sucessivos governos autoritários e negação de direitos, mas também a atuação

tradicional dos serviços de saúde que promoveram a participação como ajuda aos próprios programas. Por outro lado, outros conceitos de participação encontrados, como a mobilização da população, a reivindicação dos direitos e fiscalização da atuação dos serviços de saúde estão mais próximos do enfoque das políticas de saúde atuais que promovem a participação social no controle do sistema de saúde. Estes resultados parecem indicar que, se ainda persistem os conceitos tradicionais de participação, como adaptação aos serviços de saúde, paralelamente existem outros conceitos que supõem uma posição diferente e também um potencial sobre o qual se deve agir para ampliá-lo.

Finalmente, a equivalência nos discursos dos entrevistados – tanto de usuários, como líderes – de participação como utilização dos serviços de saúde diz muito sobre as dificuldades de acesso aos mesmos que uma proporção importante da população ainda experimenta, bem como sobre a necessidade de melhorar a oferta de serviços à população. Se o que se persegue é a participação da sociedade brasileira na tomada de decisões relacionadas com a gestão do SUS, ainda devem-se realizar amplas campanhas de educação ao público, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS. Estas campanhas devem orientar-se aos próprios serviços – cuja atuação tem uma forte influência sobre a atuação da população. Mas, como passo inicial, necessário embora não suficiente, há de se garantir o acesso ao atendimento a saúde.

## Agradecimentos

O estudo foi realizado como colaboração entre Institute for Health Sector Development (Reino Unido), Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco (Brasil), Escuela Andaluza de Salud Pública (Espanha), Universidad del Valle (Colombia) com o apoio de CHC Consultoría i Gestió, S.A. e as secretarias de saúde dos municípios de Cabo de Santo Agostinho e de Camaragibe. Agradecemos às pessoas entrevistadas em ambos os municípios que aceitaram compartilhar com os pesquisadores suas opiniões e conceitos. À Comissão Européia Directorate-General XII e Ministério de Saúde do Brasil cujo apoio financeiro foi imprescindível para a realização do estudo.

## Referências

- ACIOLI, M. D. & CARVALHO, E. F., 1998. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: As ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):59-68.
- ARSTEIN, S. R., 1969. A ladder of participation. *American Institute of Planners Journal*, 35:216-224.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.; MOURA, M. A. & CUNHA, L. A., 1998. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):79-90.
- BOSI, M. L. M. & AFFONSO, K. C., 1998. Cidadania, participação e saúde: Com a palavra, o usuário da rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:355-365.
- BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL, 1990a. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 182, de 20 set., pp. 18055-18059.
- BRASIL, 1990b. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 249, de 31 dez., pp. 25694-25695.
- BRICEÑO-LEON, R., 1998. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):141-147.
- BRYAN, R. T.; BALDERRAMA, F.; TONN, R. J. & DIAS, J. C. P., 1994. Community participation in vector control: Lessons from Chagas' disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 50:61-71.
- CASTRO-PEREZ, R. & HERNANDEZ-TESOQUIPA, I., 1993. Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Salud Pública de México*, 35:376-391.
- CELEDON, C. & NOÉ, M., 2000. Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8:99-104.
- CHIARAVALLOTTI NETO, F. C.; MORAES, M. S. & FERNANDES, M. A., 1998. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimento e práticas desta população. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 2):101-109.
- COHN, A., 2000. *Cidadania e Formas de Responsabilização do Poder Público e do Setor Privado pelo Acesso, Equidade, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde*. 4 Junho 2001 <[http://www.saude.gov.br/11cns/index\\_11cns.htm](http://www.saude.gov.br/11cns/index_11cns.htm)>.
- CORTAZZO, I. & CUENCA, A., 2000. Nuevas desigualdades y políticas sociales. Participación popular ¿Para qué? In: *VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 1-16, La Habana: Asociación Latinoamericana de Medicina Social/International Association of Health Policy. (mimeo.)
- COTTA, R. M. M.; SUAREZ-VARELA, M. M.; CLAVER, S. F.; COTTA-FILHO, J. S. & LLOPIS-GONZALEZ, A., 2000. Participación social y sistemas sanitarios en Brasil vs España. *Centro de Salud*, 8:450-455.
- COURA FILHO, P., 1998. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: Construção de um modelo alternativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):111-122.
- CÓRTEZ, S. M. V., 2002. *Balanco de Experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários*. 4 Junho 2001 <[http://www.saude.gov.br/11cns/cns\\_balanco.htm](http://www.saude.gov.br/11cns/cns_balanco.htm)>.
- DEMO, P., 1996. *Participação é Conquista. Noções de Política Social Participativa*. Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará.
- DIAS, J. C. P., 1998a. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2): 19-37.
- DIAS, R. B., 1998b. "Eu? Eu estou aí, compondo o mundo." Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Canasção, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):149-157.
- GONZALEZ, E., 1996. *Manual sobre Participación y Organización para la Gestión Local*. Cali: Ediciones Foro Nacional por Colombia.
- MARCELOS NETO, T. M., 2000. *A Respeito do Tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde: "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social"*. 22 Maio 2001 <[http://www.saude.gov.br/11cns/index\\_11cns.htm](http://www.saude.gov.br/11cns/index_11cns.htm)>.
- MS (Ministério da Saúde), 1991. *Resolução nº 273/91. Norma Operacional Básica. INAMPS nº 1/91*. Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1993. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1996. *Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2002. *11ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. 8 Janeiro 2002 <<http://www.Datasus11conferencia/relatorios/proposicoes.htm.gov.br/cns/>>.
- MORGAN, L. N., 2001. Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16:221-230.
- MOSQUERA, M.; ZAPATA, Y.; LEE, K. & VARELA, A., 2002. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: A study of institutional change and social representation. *Health Policy and Planning*, 16:52-60.
- PEDROSA, J. I. S., 1997. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 13:741-748.

- PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R. D. & HEIMANN, L. S., 2001. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:89-97.
- VALLA, V. V., 1998a. Participação popular e endemias: Uma nova conjuntura. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):4-5.
- VALLA, V. V., 1998b. Sobre participação popular: Uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):7-18.
- VAZQUEZ, M. L., 1999. Expresión de la participación social en los sistemas de salud de Latinoamérica. In: *Foro Internacional. La Reforma del Sector Salud*, pp. 255-261, Ciudad Guatemala: Proyecto de Apoyo a La Reforma del Sector Salud en Guatemala.
- VAZQUEZ, M. L.; SIQUEIRA, E.; KRUIZE, I.; SILVA, A. & LEITE, I. C., 2002a. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16:30-38.
- VAZQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. F.; SIQUEIRA, E.; PEREIRA, A. P. C.; DINIZ, A. S.; LEITE, I. C. & KRUIZE, I., 2002b. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76:585-594.
- WALT, G. & GILSON, L., 1994. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9:353-370.
- ZAKUS, D. & LYSACK, C., 1998. Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13:1-12.

---

Recebido em 4 de julho de 2002

Versão final reapresentada em 24 de outubro de 2002

Aprovado em 16 de dezembro de 2002