

CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN EN SALUD: ESPACIOS Y PROCESOS PARTICIPATIVOS EN LA DEMOCRACIA BRASILEÑA

*Márcio Florentino Pereira*⁵⁶

*Mariana Siqueira de Carvalho Oliveira*⁵⁷

*Sandra Mara Campos Alves*⁵⁸

1 Introducción

Cuando se observan las conquistas democráticas en el ámbito de las políticas públicas de salud, es evidente la importancia de los movimientos sociales y de la participación social para la concretización y evolución del derecho a la salud en América Latina. Sin la presión de la sociedad civil y de otros actores sociales relevantes (como los trabajadores del sector), la salud no sería vista como un derecho fundamental social irrevocable y, su efectivación cotidiana estaría en permanente amenaza.

En este capítulo se propone, a partir de un análisis de la democracia contemporánea, recorrer el camino de los movimientos sociales sanitarios, identificando en líneas generales las convergencias de actuación para, a continuación, ejemplificar la consolidación de sus luchas en espacios y/o actuaciones institucionalizados en la realidad brasileña.

2 Democracia en la contemporaneidad

En el escenario político actual, en el que pese a los cambios sustanciales de las décadas más recientes que sacudieron el mundo como la caída del muro de Berlín, la difusión de Internet y la propagación inmediata y amplia de las informaciones, las reconfiguraciones geopolíticas, etc., aun se toma como referencia el contexto de posguerra. El Consenso de Washington aún es seguido por los países desarrollados, esto es, aún es consenso que el Estado se debe dejar guiar por la idea liberal del Estado mínimo; el consenso de la democracia liberal de Estado mínimo; el consenso de la democracia liberal en la que el modelo democrático se pauta principalmente por las elecciones libres y justas, voto universal y libertad de opinión; y el consenso sobre el primado del derecho y del sistema judicial a favor del mercado.

La democracia como forma de poder, sus significados pasados, actuales y futuros, puede ser comprendida como un proceso inacabado y en construcción. En este sentido, se crearon empíricamente, en períodos históricos distintos, sistemas de instituciones, como forma de alcanzar la aceptación de todos, con el fin de alcanzar el consenso legítimo de los ciudadanos. La existencia de estas reglas, sin embargo, no implicaron en conseguir los fines

56 Magíster y Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Brasilia. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Colectiva de la UnB.

57 Especialista en Derecho Sanitario por la USP y Magíster en Derecho, Estado y Constitución por la UnB. Es funcionaria de carrera y Especialista en Políticas Públicas y Gestión Gubernamental y actualmente actúa como Asesora en la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP).

58 Especialista en Derecho Sanitario por la Fundación Oswaldo Cruz, Magíster en Política Social por la Universidad de Brasilia y Asesora de la Coordinación del Programa de Derecho Sanitario de la Fundación Oswaldo Cruz en Brasilia.

democráticos buscados en nuestras sociedades, esto es, la igualdad no solo jurídica entre los ciudadanos, sino también social y económica.

El modelo de democracia representativa que se volvió hegemónico a partir de la segunda mitad del siglo XX y se caracteriza por la restricción en las formas de participación, con la consecuente apatía política, y centrado alrededor de un procedimiento electoral que busca la formación de gobiernos de consenso. Ese modelo de democracia se fue mostrando, paulatinamente, insuficiente para enfrentar cuestiones más estructurales de la sociedad compleja actual, y el ciudadano, en la búsqueda por la realización de sus derechos, dejó de ser un mero espectador para convertirse en protagonista del proceso de construcción política. La ampliación de la participación popular en el sistema democrático vigente se volvió una condición esencial para el régimen político contemporáneo, donde es posible y necesaria la coexistencia de instrumentos de democracia representativa y participativa.

Para Santos y Avritzer (2002), Brasil y otros países del Sur (Portugal, Colombia, Mozambique, India y Sudáfrica) desde los años 70 pasan no solo por un proceso de transición y ampliación democrática, sino por una verdadera redefinición de prioridades públicas y de nuevos parámetros de participación de los ciudadanos donde sea posible conjugar la democracia representativa y la democracia participativa.

Esta ha sido la aspiración democrática de los movimientos que vienen cambiando los principios y las formas de ejercicio de poder a lo largo del tiempo. La defensa de la democracia pauta en una nueva diversidad cultural, social, económica y política, como forma de participación de las comunidades políticas, y de creación de instituciones que puedan mediar a realización legítima de las acciones fruto del ejercicio delegado del poder.

3 Movimientos sociales y conquistas en la salud

3.1 Notas sobre participación

El vocablo participación es uno de los más utilizados en la actualidad, bien en términos políticos, científicos o populares. Y para no correr el riesgo de la pérdida de contenido axiológico, el sentido atribuido a la participación se entenderá como el de la práctica social, como el de *instrumento viabilizador de conquistas sociales, de acciones concretas* (GOHN, 2003).

El filósofo francés Jean Jacques Rousseau y su teoría política sobre la participación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones sirvieron de inspiración para la construcción teórica del modelo de democracia participativa. Presenta la participación en tres dimensiones: participación como educación; participación como control de aceptación de las decisiones colectivas y participación como integración (ALVES, 2009).

La primera dimensión es vista por el filósofo francés como la más importante, ya que la función educativa lleva a los individuos a entender que los problemas de una sociedad no pueden solucionarse tan solo en la órbita personal, pues afectan a toda una colectividad. Ese proceso de aprendizaje lleva al proceso de madurez de la reflexión y al proceso de toma de decisión de forma responsable. Esas decisiones presentan una elevada carga de responsabilidad.

En la segunda dimensión, Rousseau demuestra que si todos participan activamente de la discusión y del proceso de toma de decisiones, la aceptación y el cumplimiento de esas decisiones se dará de forma natural. Finalmente, la última dimensión de la participación evidencia que el individuo, al participar activamente del proceso político, se siente perteneciente al cuerpo social, integrado.

No obstante, no puede entenderse el proceso participativo como algo concedido (participación tutelada) o preexistente. La participación debe entenderse como una conquista, ya que también representa una forma de ejercicio de poder, y, a partir del reconocimiento del carácter procedimental de la participación, es posible pensar en formas de alcanzar las finalidades predeterminadas –realización de la ciudadanía–; control de poder; control de burocracia; autopromoción; implementación de reglas democráticas de juego; negociación y cultura democrática (DEMO, 1988).

Por lo tanto, para realizar la implementación de un modelo participativo en el proceso de toma de decisiones públicas es necesario que el Estado identifique las situaciones donde la prerrogativa de decisión pueda ser compartida con otros actores mediante instancias de participación. Bajo esa perspectiva, Santos y Avritzer (2002) abogan que el Estado debe ser el local de profundización de esas experiencias participativas, transformándose en espacios de experimentación democrática.

3.2 Los movimientos sociales y la salud en el contexto brasileño

La propuesta de realización de la salud como proyecto político, social, democrático, participativo y ciudadano, tiene fuertes vínculos con el movimiento más general de redemocratización en América Latina. La hegemonía en la región de una concepción elitista y liberal llevó por parte del Estado a la implementación de una lógica desigual y excluyente de salud en detrimento de las expectativas de buena parte de la población.

En Brasil, el proyecto social de la salud está articulado con la emergencia de los movimientos sociales en los años 70 y 80, asociada a la movilización en las universidades y en las organizaciones de usuarios, gestores y empleados de la salud. El Movimiento Sanitario –también conocido como Movimiento Reformista y Movimiento Prorreforma– es oriundo del medio académico y tenía como línea de actuación y asociación la lucha política con una nueva propuesta técnica, cuyas palabras de orden eran: politización, socialización, participación, universalización, jerarquización y descentralización (DELDUQUE; OLIVEIRA, 2008).

Sobre el Movimiento Sanitario, véase ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

En este contexto histórico, y con la imprescindible involucración del Movimiento Sanitario, en 1986 se celebró la 8ª Conferencia Nacional de Salud, con la participación de más de cinco mil personas (1.000 con derecho a voz y voto, los denominados delegados), que aprobaron las bases de lo que se constituiría en una de las principales conquistas sociales

del período, el Sistema Único de Salud (SUS). Ese amplio proceso social se transformó en la preconstituyente del sector de la salud en la Asamblea Nacional Constituyente; su informe final fue la principal fuente de la previsión de la salud en la Constitución Federal de 1988, consagrándola como derecho de todos y deber del Estado.

Eleutério Rodriguez Neto escribió un excelente libro sobre ese momento importante para el sector de la salud en Brasil: *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

Los artículos de 196 a 200 introducen grandes innovaciones como la universalidad del acceso, la integralidad y la equidad de la atención, la descentralización en la gestión y en la ejecución de las acciones de salud, así como la ampliación decisiva de la participación de la sociedad en la discusión, en la formulación y en el control de la política pública de salud, ya que la “participación de la comunidad” es actualmente una directriz constitucional del sistema. Con eso, se establecieron mecanismos de control social, pautados por la corresponsabilización del gobierno y de la sociedad sobre los rumbos del SUS.

En continuidad al proceso de construcción del SUS, el texto constitucional fue detallado en la Ley Orgánica de la Salud – LOS, compuesta por las Leyes n. 8.080, de 19 de septiembre de 1990, y n. 8.142, de 28 de diciembre de 1990. Entre tantos puntos importantes, la legislación definió los mecanismos de participación popular/control social (consejos y conferencias de salud) y las competencias de las tres esferas de gobierno. El SUS postula, además, cambios en el modelo gerencial, organizativo y operativo del sistema de servicios de salud, en la formación y capacitación del personal en el sector, en el desarrollo científico y tecnológico en esta área y, principalmente, en los niveles de conciencia sanitaria y de participación crítica y creativa de los diversos actores sociales.

Postula también cambios en el proceso de reorientación de las políticas económicas y sociales en el país, llevando en consideración la mejora de los niveles de vida y la reducción de las desigualdades sociales. Donde la cuestión de la relación entre el estado y la sociedad y su mediación a través de la democracia ha tomado un lugar común e influido en la elaboración e implementación de las políticas públicas con la participación política y social.

4 ¿Que caminos ya hemos recorrido? Algunos caminos de la democracia participativa brasileña

Brasil apostó en el modelo participativo de ejercicio democrático y de la construcción de políticas públicas. La Constitución Brasileña, conocida como “Constitución Ciudadana”, además de incorporar las expectativas del movimiento sanitarista, presenta, en diversos artículos, el espíritu participativo y democrático, creando canales de actuación de la sociedad civil de forma aislada o colectiva (arts. 37; 49, XV; 58, §2º, II; 61, §2º; 102, §1º; 103, etc.).

En este sentido, Brasil se está mostrando receptivo a nuevas formas de participación social que contemplan la teoría y las experiencias de modelos participativos en el área de la salud, como será presentado posteriormente.

4.1 Brasil: espacios institucionales de participación social en el sector de la salud

Vale destacar la relevancia de la participación institucionalizada de la sociedad en órganos administrativos con poderes normativos, como es el caso de las agencias reguladoras, ya que tienen la atribución legal de proponer políticas públicas, amén de regular temas en los que la Constitución Federal prevé la participación de la sociedad (SERRA, 2004). En ese sentido la consulta pública y la audiencia pública se vienen consolidando como instrumentos de participación democrática en órganos de la administración pública.

La **consulta pública** es un instrumento que le permite al ciudadano participar previamente en el proceso de elaboración normativa a través del envío de una manifestación escrita, en el plazo y formato estipulado por el órgano normalizador. La mención sobre la consulta pública en la legislación brasileña se da a través de la Ley n. 9.784/99, al disponer en su art. 31 que los asuntos de interés general podrán ser sometidos a consulta pública para participación de terceros antes del texto final.

Pese a no haber ninguna reglamentación específica sobre el proceso de realización de las consultas públicas en los órganos gubernamentales, la dinámica seguida es semejante, y puede dividirse en dos fases: 1^a) elaboración de la propuesta de normativa e su sometimiento al público interesado para poder recibir contribuciones, y 2^a) análisis de las manifestaciones recibidas y la respuesta motivada de la Administración Pública sobre el rechazo o aprobación de la contribución (ALVES, 2008).

En general, las consultas públicas se efectúan de forma virtual, mediante la publicación en la página *web* institucional del órgano, que también establece un plazo específico para poder recibir contribuciones que pueden enviarse de forma electrónica o vía postal, pero siempre por escrito.

Concluida la primera fase, el grupo coordinador de la consulta pública se reúne para evaluar todos los aportes recibidos, y decidir cuáles serán aceptados y cuáles rechazados. Debe destacarse el carácter meramente consultivo y no vinculatorio de la herramienta de consulta pública, no garantizando que la participación del interesado sea acatada.

La respuesta fundamentada que la Administración Pública concede puede ser común a todas las ayudas con argumentos semejantes. En este punto, la Ley n. 9784/99, en su art. 31, confiere a los participantes de la consulta pública el derecho de obtener de la Administración Pública una respuesta fundamentada a las sugerencias enviadas.

También se destaca la diversidad de actores que participan en las consultas públicas –empresas privadas de salud, asociaciones de defensa del consumidor, ciudadanos, organismos gubernamentales, empresas de consultoría, etc., lo que refleja la heterogeneidad de nuestra sociedad, con todas sus tensiones y contradicciones. Múltiples actores que defienden proyectos variados –y, a veces, opuestos– coexisten en el interior de una misma sociedad (ALVES, 2009).

Por eso se afirma que la consulta pública es, actualmente, un instrumento que puede ser apropiado por parte de la sociedad civil, en toda su heterogeneidad, para interferir más directamente en la producción normativa sobre la salud, garantizando así la protección de este derecho. La participación social en las consultas públicas acarrea una mejora de calidad de las normas editadas, la protección de intereses potencialmente afectados por la edición del acto normativo, así como la legitimidad democrática de la norma (RUBIRA, 1991).

En Brasil la consulta pública la utilizan bastante las agencias reguladoras de la salud –Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria/Anvisa y Agencia Nacional de Salud Suplementar/ANS– y por el propio Ministerio de la Salud y ese incremento en el uso de esa herramienta ha provocado que los organismos a hacer una reglamentación propia de esa forma de participación social.

ANVISA desde el año 2000 hasta el 2007 realizó 838 consultas públicas. ANS, durante el mismo período, realizó 28.

Otra forma de participación directa de la sociedad en la formulación normativa, y en otras situaciones donde el tema sea de tamaño relevancia que se demuestre la necesidad de una discusión más amplia es la realización de **audiencias públicas**.

Las audiencias públicas son espacios de participación de la sociedad en la exposición de ideas y sugerencias sobre determinado tema. Esa participación se produce mediante reuniones previstas por el órgano que propone la discusión en cuestión, garantizándoles a los inscritos un espacio para manifestaciones orales. Al término de la audiencia pública, se recopilan los discursos, enviando las propuestas realizadas oralmente, que servirán de ayudas para la decisión del órgano.

El Supremo Tribunal Federal realizó, en 2009, una audiencia pública para escuchar las declaraciones de personas con experiencia y autoridad en materia del Sistema Único de Salud, objetivando aclarar cuestiones relativas a las acciones de beneficios de salud. Al acto se le conoce como audiencia pública de la salud.

Más informaciones sobre la audiencia pública de la salud en la dirección electrónica:
<www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>

Se puede observar que el procedimiento de realización de la audiencia pública es más sencillo que el de la consulta pública, pero no por eso puede considerarse menos eficiente, ya que la participación directa de la sociedad está garantizada a través de la manifestación oral.

En el ámbito de la Administración Pública brasileña, también están las **conferencias nacionales** que son procesos institucionalizados de participación social en los que la sociedad civil y el Estado se movilizan, dialogan y deliberan sobre determinada política pública, provocando resultados que se incorporan a las agendas y acciones gubernamentales. Con esa configuración, traducen ese movimiento democrático-participativo que el Estado brasileño vive a lo largo de los últimos años. Para Moroni, las conferencias “son espacios institucionales

de deliberación de las *directrices generales* de determinada política pública”. Según el autor, poseen carácter de movilización social y permiten “la construcción de espacios de negociación, la construcción de consensos y disensos, el hecho de compartir el poder y la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad civil” (2009, p. 115).

Tradicionalmente, se estructuran en los tres niveles gubernamentales, esto es, las conferencias municipales y, a continuación, las estatales son supuestos de la gran conferencia nacional. Actualmente se están probando nuevas etapas como las conferencias virtuales, conferencias libres, etc; todas ellas desarrolladas directamente o con el apoyo del ministerio o la Secretaría especial referente al sector y siguen un temario propuesto por el gobierno federal. Las propuestas oriundas de etapas previas se llevan a la etapa nacional para un amplio proceso de deliberación y definición de directrices para la agenda de la política pública en discusión.

La composición padrón de una conferencia es paritaria en relación a la sociedad civil y al Estado. En algunos casos, existe una división tripartita, incorporando el segmento “trabajadores”. Por lo general, se elige a los participantes durante las etapas previas o, en el caso del Poder Público, son los órganos de origen quienes los indican. Participan, además, algunos miembros natos, como los consejeros nacionales de la política pública en cuestión, y generalmente hay invitados y observadores nacionales e internacionales.

Las Conferencias Nacionales de Salud son reconocidas como espacios tradicionales y legítimos de gestión compartida de las políticas públicas del sector. Se instituyeron en 1937, durante el primer mandato de Getúlio Vargas, como mecanismo del Gobierno Federal de articularse y conocer las acciones desarrolladas por los estados en las áreas de educación y sanidad⁵⁹. Eran espacios estrictamente intergubernamentales, en los que participaban autoridades del entonces Ministerio de Educación y Salud, amén de autoridades sectoriales de los estados y territorios. La previsión era de su realización cada dos años, pero solo se convocó, en enero de 1941, la 1ª. Conferencia Nacional de Salud (CNS) (BRASIL, 2009).

La 8ª Conferencia Nacional de Salud se convirtió en un divisor de aguas en lo que se refiere a la participación social, no solo en el sector de la salud, sino para todo el sistema democrático brasileño, como hemos visto anteriormente. En la era SUS, ya se han realizado cinco conferencias de salud. Se caracterizan por tener un temario más amplio para deliberar, siendo el “control social” un tema permanente. También se constató el creciente número de resoluciones (productos finales de las deliberaciones de la etapa nacional de las conferencias), lo que evidencia el aumento de la importancia y complejidad de la composición de las Conferencias, así como el impacto en su absorción por parte de la agenda gubernamental.

El Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) hizo una gran investigación sobre las Conferencias Nacionales de Salud: *Las Conferencias Nacionales de Salud: Evolución y perspectivas*. Brasilia: CONASS, 2009 (CONASS Documenta n. 18).

59 En aquella época ambas ocupaban un único Ministerio; en 1953 el Ministerio de la Salud se separó del Ministerio de Educación.

Los **consejos de políticas públicas** son otro espacio participativo en el sistema democrático brasileño. Fruto de reivindicación de los movimientos sociales que, a partir de la Constitución Federal de 1988, recibieron un papel muy importante para el control social de varios sectores político-sociales del país, incluso de la salud. Los consejos significan espacios públicos compartidos entre el gobierno y la sociedad. Están institucionalizados, previstos legalmente y representan un espacio de discusión, formador de opinión pública y tomador de decisiones que son llevadas en consideración por parte de los órganos implementadores de las políticas públicas.

Los consejos pueden ser locales, municipales, estatales, regionales o nacionales. Su característica principal es la paridad entre los participantes del Estado y de la sociedad, para que haya realmente una exposición de intereses muchas veces antagónicos, y para que se llegue a un denominador común sin la sumisión de un grupo a otro. La necesidad de participación de segmentos de la sociedad vinculados al sector objeto del consejo es esencial para la realización de la democracia.

En el ámbito de la salud, la Ley Orgánica de la Salud, así define los consejos de salud (art. 1º, § 2º, de la Ley n. 8.142/90):

§ 2º El Consejo de Salud, **en carácter permanente y deliberativo**, órgano colegiado compuesto por representantes del gobierno, prestadores de servicio, profesionales de la salud y usuarios, actúa en la formulación de estrategias, así como en el control de la ejecución de la política de salud en la correspondiente instancia, incluso en los aspectos económicos y financieros, cuyas decisiones las homologará el jefe del poder legalmente constituyendo en cada esfera del gobierno” (negrita nuestra).

Ante un nuevo escenario constitucional y con nuevas expectativas democráticas, los **consejos de salud** están en el centro de las atenciones en lo que se refiere a control social y cogestión de lo público. No es un fenómeno nuevo en Brasil, ni tampoco exclusivo del área de la salud. No obstante, no existe actualmente nada semejante a los consejos de salud, con su expresiva representatividad social, atribuciones y poderes legales, además de la extensión de su implementación, englobando las esferas municipales, estatales y federales. Hoy son más de 5.500 consejos municipales, que poseen en media 12 consejeros titulares, con reuniones ordinarias mensuales, previamente divulgadas a la población, y con espacio de participación facultado a la comunidad. Son innumerables voces componiendo un discurso plural, fragmentado y, al mismo tiempo, unísono, lo que equivale a salud para todos.

Sus miembros corresponden a cuatro categorías distintas que no pueden mezclarse en las cuotas participativas: representantes del gobierno, prestadores de servicio, profesionales de la salud y usuarios (art. 1º, § 2º, de la Ley n. 8.142/1990). A bancada de representantes de los usuarios es bastante diversa, englobando los movimientos comunitarios y sociales, entidades de trabajadores (sin ser de la salud), portadores de enfermedades, organizaciones religiosas, empresarios, etc. Los consejos acaban siendo un microorganismo social, con la participación de diversos segmentos, algunas veces conflictivas, pero que generan una síntesis de intereses.

Las competencias legales básicas de los consejos de la salud en todas las esferas se encuentran en el art. 1º, § 2º, de la Ley n. 8.142/1990, y pueden dividirse en dos grandes campos: el área de planeamiento y control, cuyo tema principal es el de la financiación, y el área de articulación con la sociedad, como la atribución de organizar las conferencias de salud, examinar denuncias y propuestas populares, así como estimular la participación comunitaria en el control de la administración del SUS.

Pese a algunas deficiencias en su funcionamiento y dificultades en intervenir de hecho en las políticas públicas del sector, los consejos de salud saltaron de la propuesta de las luchas sociales a la realidad, no solo como un fenómeno social, sino también como un fenómeno político-jurídico institucionalizado, con el fin de lograr las expectativas de la Reforma Sanitaria de democratización del sector con la emergencia de nuevos actores sociales.

Para profundizar un poco más el análisis de los consejos de salud recomendamos:

OLIVEIRA, Mariana S. de C. Fragmentos de discursos contruidos a várias voces: notas sobre democracia, participação social e Conselhos de Saúde. In: COSTA, A. B. et al.(Org.) *O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2008. p. 167-178.

5 Conclusiones : el camino irreversible de la apertura e inclusión

Las experiencias democráticas relatadas señalan una madurez en las formas de participación directa del ciudadano en lo que se refiere a los temas relacionados al derecho a la salud. La Administración Pública brasileña, como un sistema dinámico y adaptativo, tiene que adecuarse a esas nuevas formas de formulación e implementación de las políticas públicas, ya que la sociedad reivindica cada vez más el papel de corresponsable. Es un aprendizaje para que el gobierno pueda hacer frente a la complejidad de las relaciones sociales y de las decisiones colectivas. No se alcanzan soluciones efectivas para problemas sociales complejos con la única actuación de un actor. Las definiciones de los problemas y de sus respectivos remedios son construidas colectivamente por parte de actores mutuamente dependientes. El gobierno, entonces, tiene ampliado su papel: además de ejecutor de políticas públicas, también es visto como articulador, coordinador y movilizador de procesos participativos de gestión.

Pese a sus vicios y fallas (al fin y al cabo, los instrumentos democráticos deben de ser siempre probados y perfeccionados), no se puede negar que los avances obtenidos con la gestión compartida de políticas públicas. Al hacerse cada vez más abierta e inclusiva a los aportes de los más diversos interlocutores públicos y privados, la Administración Pública permite que la política madure, corrigiendo errores, reevaluando puntos críticos y fortaleciendo las acciones con buenos resultados. En los espacios y procesos de efectiva participación es donde se elabora un discurso construido a varias voces, pero con un único objetivo: promover la democracia y, de este modo, alcanzar el interés público.

Referencias

ALVES, S. M. C. Democracia participativa e a consulta pública na Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: DELDUQUE, M. C. (Org.). *Temas Atuais de Direito Sanitário*. Brasília: CEAD/FUB, 2009. p. 45-63.

_____. *Processo de participação da sociedade civil nas consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (2000 – 2006)*. 2008. 243 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta n. 18).

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. de C. Tijolo por Tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: COSTA, A. B. et al. (Org.). *O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2008. p. 103-111.

DEMO, P. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez, 1988.

GOHN, M. da G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003a.

MORONI, J. A. O Direito à Participação no Governo Lula. In: AVRITZER, L. (Org.). *Experiências Nacionais de Participação Social*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 107-141.

OLIVEIRA, M. S. de C. Fragmentos de discursos construídos a várias vozes: notas sobre democracia, participação social e Conselhos de Saúde. In: COSTA, A. B. et al. (Org.) *O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2008. p. 167-178.

RUBIRA, J. J. L. *La participación pública em el procedimiento de elaboracion de los reglamentos em los Estados Unidos de América*. Madrid (España): Editorial Civitas, S.A., 1991.

SANTOS, B. de S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. de S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SERRA, S. H. A participação democrática nos órgãos administrativos com poderes normativos. In: DI PIETRO, M. S. Z. (Org.). *Direito regulatório: temas polêmicos*. 2. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2004. p. 563-579.