

**AS VARIÁVEIS QUE IMPEDEM OU DIFICULTAM A PARTICIPAÇÃO
POPULAR NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

**VARIABLES THAT PREVENT OR DIFFICULT PEOPLE'S PARTICIPATION
IN THE FORMULATION OF PUBLIC HEALTH POLICIES**

**VARIABLES QUE IMPIDEN O DIFICULTAN LA PARTICIPACIÓN
POPULAR EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA**

Gilmara Kayne Carvalho da Costa¹, Aylana Patrícia Rodrigues Costa², Laíza de Carvalho Paulino³, Leonardo Sales Lima⁴.

RESUMO

Com o intuito de regulamentar o controle social do Sistema único de Saúde (SUS), foi criada a Lei nº 8.142/90 que define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde onde os sujeitos ou atores sociais participam ativamente, por meios democráticos, da formulação das políticas públicas de saúde. Esta revisão busca descrever os fatores que impedem ou dificultam o controle social e a efetivação de uma participação popular forte e atuante. Este estudo é uma revisão sistemática descritiva, desenvolvida com produção científica de livros e indexada nas seguintes bases eletrônicas de dados: LILACS,

MEDLINE, SciELO e PePSIC. Os principais fatores mais influentes sobre esse processo participatório são: o processo histórico da participação popular em saúde; o relacionamento entre profissionais de saúde e lideranças populares e sindicais; as desigualdades sociais e a forma como elas refletem no processo participativo; dinâmica de funcionamento dos governos e de suas posições nas autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação. É perceptível que a participação ainda passa por processo de amadurecimento, da qual poderá ser ampliada e qualificada com acesso de conhecimento e de motivação de forma permanente pelos diversos segmentos envolvidos com a saúde.

DESCRITORES: Participação Comunitária, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde e Democracia.

¹Estudante de Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí. E-mail: gilmara116@hotmail.com

²Estudante de Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí. Email: aylana_costa@hotmail.com

³Estudante de Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí. E-mail: laizapaulino@hotmail.com

⁴Professor assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Piauí. E-mail: theopix@yahoo.com.br

ABSTRACT

In order to regulate the social control of the Unified Health System, the law was created the law 8.142/90 which defines the role of society in the management of the health service where subjects or social actors participate actively, by democratic means, the formulation of public policy health. This review attempts to describe the factors that prevent or hinder/interfere/complicate social control and the realization of a strong and active community participation. This study is a descriptive systematic review, developed with scientific production of books and indexed in the following electronic databases: LILACS, MEDLINE, SciELO and PePSIC. The most influential factors on this participatory process are: the historical process of popular participation in health; the relationship between health professionals and popular and union leaders; social inequalities and how they reflect the participatory process; dynamics of functioning of governments (governmental functioning) and their positions in federal, state and local health officials regarding participation. It is noticeable that participation is still undergoing (in a) maturation process, which will be

expanded and qualified with access to knowledge and motivation permanently by the various segments involved with health.

DESCRIPTORS: Consumer Participation, Public Health, Unified Health System and Democracy.

RESUMEN

Con el fin de regular el control social del Sistema Único de Salud, fue creado la ley nº 8.142/90, que define el papel de la sociedad en la gestión del servicio de salud donde los participan activamente, por medios democráticos, la formulación de políticas de salud pública. Esta revisión pretende describir los factores que impiden o dificultan el control social y la realización de una participación fuerte. Este estudio es una revisión sistemática descriptiva, desarrollado con la producción científica de los libros e indexados en las siguientes bases de datos electrónicas: LILACS, MEDLINE, SciELO y PePSIC. Los principales factores que más influyen en este proceso de participación son: el proceso histórico de la participación popular en salud; la relación entre los profesionales de salud y líderes populares y sindicales; las desigualdades sociales y la forma en

que reflejan el proceso de participación; operación dinámica de los gobiernos y sus posiciones en el nivel federal, estatal y municipal de salud en relación a la participación.. Es notable que la participación está siendo sometido a proceso de maduración, que se ampliará con el acceso al conocimiento y la motivación permanente por los diversos segmentos involucrados con la salud.

DESCRIPTORES: Participación Comunitaria, Salud Pública, Sistema Único de Salud y la Democracia.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde apresenta no Brasil o diferencial emblemático da participação social. Ela emerge sua organização concomitante, fazendo parte do movimento político pela democratização do país, durante a ditadura militar e construindo elementos para desenvolver ampla mobilização sobre a temática ⁽¹⁾. Neste caso, a participação popular assumiu um papel importante nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, redigida em 1988, no sentido de construção e fortalecimento das propostas progressivas de reorientação da política do setor ⁽²⁾.

A participação em saúde é definida como o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde⁽³⁾.

As discussões acumuladas neste processo resultaram na consagração institucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e, mais tarde, deram origem à Lei Orgânica da Saúde, de 1990⁽²⁾. Essa lei constituiu, apesar dos vetos presidenciais, um importante instrumento na configuração jurídico-política de um novo modelo assistencial, capaz de ter impacto sobre a saúde da população ⁽⁴⁾.

A Lei 8.142/90 ampliou ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial em comparação com o que havia sido proposto pelos programas anteriores⁽²⁾. Deveriam ser constituídos conselhos de saúde permanentes, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, os quais deveriam ser compostos por representantes do governo, de prestadores de saúde, de profissionais de saúde e de usuários ⁽⁴⁾.

Os espaços institucionalizados de participação social no Sistema Único

de Saúde (SUS) constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades^(5,6).

O controle social é, sem dúvida, uma inovação política do SUS, sobretudo porque tem sido acentuada a importância da participação social no processo de gestão, ou seja, não apenas na fiscalização, mas também na formulação das políticas públicas de saúde. No entanto, na prática, existem diversas dificuldades com o Poder Executivo, principalmente a falta de autonomia dos Conselhos em relação aos gestores, que tem contribuído para a ocorrência de práticas clientelistas, ausência da cultura de participação e controle social na sociedade e emergência de conselhos cartoriais⁽¹⁾.

Observa-se que a representação e a legitimidade dos membros conselheiros mostram-se frágeis, pois enfrentam dificuldades de participação e mobilização social nos municípios. Os conselheiros consideram que o desafio do controle social da saúde está na conquista da autonomia dos representantes da sociedade, ou seja, o fortalecimento dos sujeitos, para o

exercício da participação social na perspectiva da democracia cidadã^(1,7).

Sendo assim, as representações sociais dos usuários sobre o SUS demonstram uma visão marcada pela focalização da assistência, apontando para a concentração de recursos públicos em segmentos mais pobres da sociedade e, também, uma visão centrada no modelo de atenção biomédico⁽⁷⁾.

Enquanto alguns acreditam que as atuais ferramentas que possibilitam a gestão social das políticas públicas de saúde são eficazes e estão em fase embrionária; outros defendem as idéias de que a institucionalização excessiva e a tradição política assistencialista são entraves genéticos que comprometem a efetiva participação da população no serviço público⁽⁸⁾.

Diante de tanta problemática acerca do tema participação popular em saúde torna-se necessário o entendimento de que esta não pode ser vista como uma fórmula mágica capaz de resolver todos os problemas colocados, em particular com relação ao acesso e controle dos serviços de saúde. No entanto, construir e vivenciar experiências de participação popular representa um caminho importante de participação política da população,

sejam estas institucionalizadas ou não (9).

O presente artigo pretende lançar elementos para o debate acerca das variáveis que impedem ou dificultam a participação popular na formulação de políticas públicas de saúde, buscando compreender suas causas, realizando uma análise histórica, social e política do seu real funcionamento e procurando assimilar os componentes que os envolvem, posteriormente apresentando possibilidades para uma real participação social no país, ressaltando a necessidade de presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS e abrindo a discussão sobre a necessidade de empoderamento/libertação da população usuária do sistema.

MÉTODOS

Este é um estudo de revisão sistemática descritiva, desenvolvida com produção científica de livros e indexada nas seguintes bases eletrônicas de dados: LILACS, MEDLINE, SciELO e PePSIC, que enfocam as variáveis que impedem ou dificultam a participação popular em saúde. O recorte temporal abrangeu o período compreendido entre os anos de 1989 a

2013, selecionando-se os artigos publicados em periódicos e em anais de congressos da língua portuguesa. Após o levantamento, procedeu-se a análise dos dados, com a separação de diferentes variáveis que dificultam esta participação popular.

Outros critérios utilizados para análise foram a seleção dos artigos a partir da análise dos resumos, sendo incluídos os que continham os descritores “participação comunitária”, “saúde pública”, “controle social” e “democracia”, e a inclusão dos artigos em roteiro preestabelecido pelos autores, contendo questões referentes à fonte, palavra-chave e modalidade do artigo.

Dos 38 artigos encontrados, foram selecionados 24 por contemplarem os objetivos da pesquisa.

RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com o que é apresentado na literatura, baseado na observação da realidade participativa popular em saúde é possível apontar quatro fatores que se interligam em todos os aspectos como os mais influentes sobre esse processo participatório: (1) o processo histórico da participação popular em saúde; (2) relacionamento entre profissionais de

saúde e lideranças populares e sindicais; (3) as desigualdades sociais e a forma como elas refletem no processo participativo; (4) dinâmica de funcionamento dos governos e de suas posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação.

O processo histórico da participação popular em saúde

É possível situar o início da discussão mais sistemática sobre participação popular nos anos 30 e 40, em relação estreita com o surgimento das políticas públicas. Assim, surge a noção do “Estado como ‘provedor’ de toda a população (...) e assim, [capaz de] resolver a problemática urbana, que parecia crescer sempre mais”⁽¹⁰⁾. Poder-se-ia dizer que a noção de participação popular tem sido vista como parte integrante desse processo.

Na década de 60 e com o surgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários e a efervescência política que provocou o processo de redemocratização do país, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil que buscava mudanças. Este contexto caracterizou uma pseudo dicotomia entre Estado e sociedade civil e uma

pseudo-homogeneização dessa última, como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas ou pelas classes subalternas⁽¹¹⁾. Desta forma, uma parcela da população tornava-se composta por líderes sociais os quais assumiam a postura de seres responsáveis por mudar aquela realidade, o que despertou a forte idéia de que a população seria a responsável pela garantia dos seus direitos, como agentes transformadores da sociedade.

Na década de 1980, redireciona-se a noção de participação social dos movimentos democráticos, por descentralização política, por participação nos processos decisórios da política, por mecanismos de controle social, transformando-os em espaços de consentimento, de legitimação de decisões dos governos, de responsabilização pela proteção⁽¹²⁾.

Após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, capitaneado pelo Movimento de Reforma Sanitária, a participação da comunidade e a descentralização tornam-se diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988⁽²⁾. Esta participação foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos.

Nesse sentido, a descentralização amplia as possibilidades de participação da população no SUS. A criação dos conselhos de saúde coloca-se, então, como uma das formas de operacionalização da participação da população e de controle social⁽⁹⁾.

Há que se considerar que a participação social passa de um status de proibição, no período da ditadura, a um status de obrigatoriedade, impulsionado por um arcabouço legal assegurado na Constituição de 1988, fruto de lutas sociais. Esta mudança ocorre em um contexto bastante diferente. Enquanto existia uma conjuntura de mobilização e efervescência política crescente nos anos de 1980, em que a sociedade civil era hegemônica por forças progressistas, as décadas seguintes são marcadas por um progressivo refluxo dos movimentos sociais, no contexto de reestruturação capitalista, receituário neoliberal e de consequentes contrarreformas do Estado⁽¹¹⁾.

Ainda assim, a institucionalização dos denominados conselhos de direitos ou conselhos gestores – órgãos colegiados, constituídos nas instâncias federal, estadual e municipal, por representação paritária da sociedade civil e sociedade

política, com funções deliberativas sobre a política social –, no âmbito de cada política específica, ocorre, mas com o avanço do neoliberalismo, em um contexto de reestruturação produtiva e político-ideológica do capital, esses são redirecionados, transformam-se em colaboradores, parceiros. Nessa condição, contraditoriamente constituem um espaço de recomposição das bases de hegemonia e de controle sobre o trabalho, que visa obter a adesão e o consentimento do trabalhador à nova ordem, construindo uma nova cultura de consenso, fundada na solidariedade indiferenciada entre as classes, no cooperativismo, ou solidarismo, no enfrentamento das crises, redefinindo o sentido da participação social^(11,13).

Os conselhos são, entretanto, espaços contraditórios. Vinculam-se às iniciativas da classe trabalhadora, referentes à democratização e universalização das políticas públicas. Constituem-se em espaços de expressão política, na luta pela garantia de meios à própria reprodução social, mas também aos objetivos neoliberais de descentralização e partilha do poder⁽¹⁴⁾.

Sobre isso, Toledo⁽¹⁵⁾ adverte que “Seria ilusório supor que as classes e frações venham a ocupar posições semelhantes ou de equilíbrio no seu interior [...] Considerando que o

processo de socialização da política enfrenta dificuldades de garantir que as classes dominantes aceitem dividir o seu poder”, mesmo quando reverterem em estratégias de dominação e controle social.

Todavia, os Conselhos Municipais de Saúde apresentam diversas dificuldades, atribuídas, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Cabe lembrar que o movimento popular em saúde e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira⁽⁵⁾.

Na compreensão da Cunha⁽¹⁶⁾, é como se as classes populares se organizassem e reivindicassem a solução dos seus problemas apenas se houvesse ‘um vácuo do Estado’. Assim, as classes populares não teriam autonomia, seus movimentos estariam presos a um Estado que não cumpre com suas obrigações e a mediadores que percebem quais são as reivindicações ‘corretas’.

O sacrifício que está sendo imposto a milhões de pessoas reabre a discussão acerca de não serem os problemas sociais apenas questões do Estado. A crescente oposição no mundo a uma intervenção maior do Estado indica não ser mais possível confiar apenas ao governo a tarefa de

solucionar os problemas sociais. E o crescente interesse no fortalecimento da sociedade civil passa pela crença e pela experiência de ser a sociedade mais flexível, disponível e aberta às pessoas comuns, à vida cotidiana, do que o Estado⁽¹⁷⁾.

À vista disso, o que se observa hoje é uma espécie de “acomodação participativa”. Ao longo da história, a população precisava se organizar pela luta de direitos, no entanto, o que se observa atualmente, após a redemocratização do país, é uma população resignada que não visualiza reais motivos de luta, que não tem interesse por política, uma população que está sempre à procura de líderes que a possa representar, mas nos quais ela não precisa interferir diretamente.

No entanto, vale ressaltar que nos últimos tempos, a deterioração das condições de vida tem impulsionado alguns grupos sociais a se organizarem para reivindicarem por melhoria da qualidade de vida, tornando-os sujeitos potenciais para a construção da democracia participativa⁽¹⁸⁾.

Relacionamento entre profissionais de saúde e lideranças populares e sindicais

Historicamente, o conhecimento sempre foi uma reserva de poder das elites, nas quais se incluíam filósofos, sábios e religiosos. Sob esses preceitos, à distinção entre as profissões intelectuais ou científicas e as profissões manuais ou técnicas correspondeu uma distinção entre educação superior e educação profissional⁽⁹⁾. Distinguiu-se quem era o dominador e quem era o submisso.

A própria ideia de uma participação popular surge, justamente, para se distinguir de outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho ‘correto’ para as classes populares. O tom vago e difuso em que a proposta de participação popular aparece em textos oficiais ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, como consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental⁽¹⁹⁾.

A dificuldade dos mediadores (profissionais, técnicos, políticos) de compreender o que os membros das chamadas classes subalternas estão lhes dizendo se relaciona mais com a postura do que com questões técnicas como, por

exemplo, linguísticas. Relaciona-se mais com a dificuldade em aceitar que pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia sejam capazes de produzir conhecimento, sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos da sociedade, de fazer uma interpretação capaz de contribuir para a avaliação dos mediadores sobre a mesma sociedade^(19,20).

Talvez a concepção de igualdade dos saberes dos profissionais e da população contenha a idéia de que o saber popular copia o dos profissionais. Se a referência para o saber é o do profissional, isso dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, sobre vivências, distintas daquelas do profissional. O profissional oferece seu saber por que julga o da população insuficiente, e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente⁽²⁰⁾.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde pensam a participação a partir de determinada visão de mundo, de um contexto histórico, social e político de referência e a partir de pressupostos teóricos implícitos ou explícitos. Isto significa uma forma idealizada de pensar a participação, que geralmente está vinculada a instâncias formais de

participação como conselhos de saúde. Nesse sentido, é muitas vezes frustrante para os profissionais de saúde, quando identificam que a população não participa do modo idealizado e não reconhece os conselhos ou outros espaços formais como instâncias de representação e participação efetivas⁽⁹⁾.

Portanto, é necessário reconhecer que, ao buscar a participação e o controle social nas ações do Estado, os profissionais de saúde devem lembrar a história, buscando ouvir a população, seus desejos, seus modos de viver e agir, no sentido de facilitar a expressão das demandas e necessidades da população e basear suas ações num molde de conhecimento horizontal da qual ambas as partes têm importância e influência uma sobre a outra.

As desigualdades sociais e a forma como elas refletem no processo participativo

Grindle e Thomas⁽²¹⁾ relacionaram a fraqueza dos mecanismos de representação de interesses coletivos, nos países em desenvolvimento, ao forte papel que assumiriam as elites políticas setoriais na formulação e na implementação de reformas, independente de articulações

com organizações da sociedade civil. A elite de reformadores atraiu lideranças populares e sindicais para que esses se envolvessem nos fóruns públicos de representação política que eram criados. Ao invés de tomar decisões através de um processo informal de consulta a uma sociedade civil debilmente organizada, eles promoveram a normalização de mecanismos de representação de interesses coletivos no setor saúde, tendo como pressuposto a existência de movimentos popular e sindical, suficientemente organizados para garantir a continuidade e a consistência desse processo de representação.

O termo modernização tem o sentido de superar atrasos tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade. A realidade brasileira, no entanto, não confirmou esse pressuposto. Não há indicações de que as inovações tenham permitido uma maior participação da população. E tampouco o padrão de vida da maioria da população melhorou. A proposta da integração dos grupos 'marginalizados' parte do princípio de que a maioria da população, em razão da sua pobreza, encontra-se 'fora' da sociedade. É como se a dificuldade de acesso aos produtos e serviços básicos fosse uma decorrência da ignorância e passividade dessas populações 'marginais', ou para

utilizar um termo mais atualizado, os excluídos, isto é, aqueles que estão 'fora', por sua própria culpa, precisando ser animados, incentivados, esclarecidos, para poderem participar dos benefícios do progresso econômico e cultural⁽¹⁹⁾.

Esse tipo de participação obscurece o fato de que estes grupos marginalizados sempre estiveram dentro da sociedade, mas participando da riqueza de forma bastante desigual. A integração deveria, então, passar necessariamente pela garantia de empregos, melhores salários e serviços básicos. No Brasil, porém, uma grande parte da população não pode vigiar o governo, porque não há o que vigiar. A população, sem acesso aos serviços básicos, não possui mecanismos eficientes para pressionar as autoridades para realizarem as obras necessárias com o dinheiro dos impostos^(8,19).

Nesse sentido, a população marginal seria caracterizada pela ausência de participação ou por uma participação limitada nos espaços onde se dão os benefícios sociais e as decisões da sociedade. Fala-se então em participação passiva, que estaria relacionada ao acesso a bens e serviços de consumo coletivo, e participação ativa, que se refere à participação direta nos processos decisórios⁽⁹⁾.

No cotidiano dos serviços de saúde, é possível observar a expressão dessa concepção quando a pobreza e falta de participação são associados. Nesse sentido, algumas vezes a população é tratada como culpada por ser pobre, ou por não querer participar das ações planejadas pelas equipes de saúde. São situações que muitas vezes ocorrem sem que os profissionais de saúde reflitam as concepções que orientam tais sensações e prática⁽⁹⁾.

Dinâmica de funcionamento dos governos e das posições das autoridades em relação à participação

Um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil é o que se chama de culpabilização da vítima. É possível detectar uma imagem construída em torno das condições de vida e de trabalho da população trabalhadora. Pode-se dizer que a precariedade dos serviços públicos para essas parcelas da sociedade tem, em parte, sua justificativa a partir dessa imagem construída. Acusam-se os pais de uma criança desidratada por não se preocuparem com o filho, culpa-se a criança da classe popular que não aprende na escola por não se esforçar.

Assim, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva⁽²²⁾.

Uma das justificativas para se culpar as vítimas é a desqualificação do saber popular⁽²²⁾. Como já foi abordado anteriormente o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, põe em segundo plano o saber acumulado da população trabalhadora, ao lançar mão da escolaridade como parâmetro da competência. Além disso, essa culpabilização pode ser aplicada neste contexto de participação. A população sempre espera que os governantes, os líderes da comunidade tomem a iniciativa e caso isto não ocorra os culpam por nada ter sido feito enquanto eles apenas exigiam, sem cooperar.

Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal, como os estaduais e municipais agem com a população de uma forma bastante autoritária, decidindo unilateralmente sobre a qualidade e quantidade dos serviços básicos⁽¹⁹⁾.

Se, na perspectiva popular, a política e os políticos merecem pouca confiança, não seria surpreendente constatar que grandes parcelas das classes populares não acreditam em mudanças através do caminho parlamentar ou através de negociação com as autoridades⁽²⁰⁾. Isso ocorre

porque muito grupos que representam a elite da população, o interesse é que o serviço público permaneça sempre deficitário, impotente, desacreditado pela própria população que o mantém⁽³⁾.

Se baseados nessa hierarquia o poder público não é representativo para a população, seu outro mecanismo de participação são os Conselhos. No entanto, mesmo correndo o risco de generalizações incorretas, dado o tamanho do país e a diversidade de experiências participativas, a literatura identifica vários problemas no funcionamento dos conselhos que tenderiam mais a constituírem núcleos neocorporativos incorporando demandas por meio da ação dos grupos de interesse, organizações geralmente nucleadas em torno de pleitos particulares, específicos, não gerais⁽²³⁾.

Na prática, existem diversas dificuldades com o Poder Executivo, principalmente a falta de autonomia dos Conselhos em relação aos gestores, que tem contribuído para a ocorrência de práticas clientelistas, ausência da cultura de participação e controle social na sociedade e emergência de conselhos cartoriais⁽²⁴⁾.

Portanto, falar em participação popular implica necessariamente falar em disputas por espaço de poder e, mais especificamente, a disputa pelo controle

das verbas públicas no espaço público (9).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação popular em saúde apesar de ser um direito garantido pela Constituição ainda passa por um processo de transformação e de amadurecimento pela sociedade, principalmente pela camada mais pobre da população. A perplexidade inclui uma preocupação com a dimensão gigantesca do problema, e também o reconhecimento do compromisso de fazer algo, apesar da debilidade da sociedade civil.

Para assegurar nas políticas públicas a proteção dos direitos sociais do conselho de saúde, é importante pensar em estratégias de fortalecimento da mobilização e participação popular em seus diferentes espaços sociais, como também em desenvolvimento de ações intersetoriais.

Na qual a promoção da igualdade deve ser concomitante à promoção de um cidadão que não seja um mero cliente do Estado, mas que também questione a própria lógica da ação estatal e que encontre formas de participação das decisões e novas formas de promoção da igualdade. Isto significaria ampliar os mecanismos de

participação e decisão nas diversas instâncias de deliberação e de decisão de Estado.

Participação poderá ser ampliada e qualificada com acesso de conhecimento e de motivação para a participação desenvolvida de forma permanente pelos diversos segmentos envolvidos com a saúde nos municípios. Algumas estratégias podem ser adotadas principalmente as pedagógicas, voltadas para uma educação, para o exercício democrático e participativo, construindo um perfil desejado de práticas, saberes e valores focados no direito à saúde e à vida da maioria dos cidadãos.

Concluindo, a participação popular nos espaços públicos se coloca como estratégia fundamental ao desenvolvimento do SUS, reafirmando sua vitalidade e potencialidade. Para isso, é fundamental que as vozes da população sejam ouvidas, reconhecidas como provenientes de uma sabedoria prática e incorporadas às práticas profissionais na atenção à saúde.

REFERENCIAL

1. Pereira, MF. Experiência de participação pública nos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil. In: *Mundos sociais: saberes e práticas*. 2008.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 out. 1988. São Paulo: Atlas; 1999.
3. Correia, MVC. Controle social na saúde. *Serviço social e saúde*. São Paulo: Cortez. 2006.
4. Valla, VV, Assis, M, Carvalho, M. Participação Popular e os Serviços de Saúde: O Controle Social como Exercício da Cidadania. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. 1993.
5. Gerschman, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(6).
6. Gohn, MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(2): 29-31.
7. Martins, PC. Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2008; 15(1): 238.
8. Valla, VV. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Caderno de Saúde Pública*. 1992; 8(1).
9. Pinheiro R, Mattos, RA. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc. 2005.
10. Moisés, JA. Contradições urbanas, movimentos sociais e o Estado. In: *Cidade, Povo e Poder*, (J. A. Moisés, org.). Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1985.
11. Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. *ServSocSoc*. 2012; 109(1).
12. Guerra Y. A racionalidade das formas de enfrentamento da questão social: o público e o privado no Brasil (do) real. In: *Anais da Jornada Internacional de Políticas Públicas*; 2005. São Luís. São Luís: UFMA, 2005
13. Teixeira, SM. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. *Revista Katalysis*. 2007; 10(2): 154-156.
14. Abreu, MM. A relação entre Estado e a sociedade civil – a questão dos Conselhos de Direitos e a participação do Serviço Social. *Serviço Social & Movimento Social*. 1999; 1(1): 62-63.
15. Toledo, CN . As esquerdas e a redescoberta da democracia. In: *Dagnino (org.) Anos 90 – política e sociedade no Brasil*.

1994. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- 16.** Cunha, MB. Parque Proletário de Grotão e Outras Moradas: Saber e História nas Favelas da Penha [dissertação]. Niterói: Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense; 1995.
- 17.** Wolfe, A. Três caminhos para o desenvolvimento: mercado, estado e sociedade civil. In: Democracia como Proposta (F. L. Carvalho & A. L. Camara, orgs.). 1991. Rio de Janeiro: Ibase.
- 18.** Santos J, Orlando A, Azevedo S, Ribeiro LCQ. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos. Revan. 2004.
- 19.** Valla VV. Nova ordem mundial e condições de vida no Brasil: modificando as relações entre sociedade civil e educação popular. Educação e Realidade. 1994; 2:19-34.
- 20.** Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(2):7-18.
- 21.** Grindle MS, Thomas JW. Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries. London: The Johns Hopkins University Press, 1994.
- 22.** Valla VV, Stotz EN. Participação Popular e Saúde. Petrópolis: Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Petrópolis (CDDH) e Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (Cepel). 1989.
- 23.** Escorel, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(10):1938-1940.
- 24.** Guizardi LB. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14(1):15-39.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-01-15
Last received: 2015-02-09
Accepted: 2015-02-09
Publishing: 2015-03-31