

AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

Mayra Camila Barbosa de Oliveira¹; Débora Luana Ribeiro Pessoa²

A discussão sobre políticas públicas vem ganhando espaço nos últimos anos. No Brasil desde a década de 1990, há uma série de tentativas de adotar políticas de cunho mais participativo, em obediência a reformas constitucionais. Diante disto, o presente trabalho objetivou discutir acerca das políticas públicas em saúde, bem como aprofundar os conhecimentos sobre a participação social, analisando suas possibilidades e limites no decorrido processo. Para isso foi adotada a metodologia do estudo exploratório por meio da revisão integrativa onde buscou-se artigos científicos disponibilizados nas bases de bibliotecas eletrônicas (SciELO, LILACS, BVS e Medline). A busca resultou em uma amostra final de 12 artigos. A origem das publicações foi diversificada entre as regiões do Brasil, todavia as regiões sudeste e sul predominaram com 33,3% artigos cada uma. Quanto ao delineamento dos estudos, destacaram-se as pesquisas de campo com 5 (41,6%) publicações. Em relação à área de conhecimento e de formação dos autores, sobressaíram-se as áreas de Enfermagem (66,6%) e Odontologia (16,7%). Observou-se que o processo de evolução das Políticas Públicas de Saúde se traduz em duas grandes frentes de mudança: a reorganização da rede de serviços de saúde e a participação popular na gestão e no controle dos serviços. Ante o exposto, o fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde deve ser valorizado como uma decisão política com potência de permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde. Além disso, a mudança desejada implica em um caminhar coletivo, e em processo de transformação das práticas de saúde.

Palavras-Chave: Políticas Públicas. Participação Social. Sistema Único de Saúde.

The discussion on public policies has gained headway in recent years. In Brazil since the decade of 1990, there are a series of attempts to adopt policies to imprint more participatory, in obedience to the constitutional reforms. Therefore, the present research aimed to discuss about public policies on health, as well as to deepen the knowledge about the social participation, analyzing their possibilities and limits, in the elapsed process. For this reason, the methodology of exploratory study was adopted by means of the integrative review, besides we searched for scientific papers in SciELO, LILACS, MEDLINE and BVS library database. The search resulted in a final sample of 12 papers. The origin of the publications was different among the regions of Brazil, however the southeast and south regions predominated with 33.3% papers each one. Concerning the studies design, field researches can be highlighted with 5 (41.6%) publications. In relation to the area of knowledge and educational background of authors, Nursing (66.6%) and Dentistry (16.7%) excelled. It was found that the development of public policies on health is converted into two major change dimensions: the reorganization of the network health services and popular participation in the management and control of the services. In view of the above, the strengthening of social participation in the management of health policies must be valued as an empowered political decision that is able to promote advances in the universalization and equity of access to health. In addition, the desired change implies bringing collective minds and a transformation process of health practices.

Keywords: Public Policies. Social Participation. Public Health System.

¹ Universidade Estadual do Maranhão, Curso de especialização em Gestão em Saúde; Campus Paulo VI, Tirirical, CEP: 65000-000, São Luís – MA. Email: Mayra.camila@gmail.com

² Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina, Campus de Pinheiro, Estrada de Pacas, S/N, CEP: 65200-000 – Pinheiro – MA – Brasil, Email: debora.luana@ufma.br

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre políticas públicas vem ganhando espaço nos últimos anos em diversos fóruns.

Souza (2007) aponta três motivos que dariam maior visibilidade ao assunto no país. Em primeiro lugar, a adoção de políticas restritivas a gastos que seriam implementadas não apenas no Brasil, mas em boa parte dos países em desenvolvimento desde os anos 90. Em segundo lugar, com a substituição do arcabouço keynesiano pelas políticas restritivas a gastos, as políticas sociais passariam a ter um caráter focalizado ao invés de universal. E, um ponto de fundamental importância e que merece destaque – nos países com democracia recente – caso dos países latino-americanos – as coalizões não teriam conseguido, ainda, definir como se dá o equacionamento entre recursos e necessidades da população.

No Brasil desde a década de 1990, há uma série de tentativas de adotar políticas de cunho mais participativo, em obediência a reformas constitucionais. Elas instituiriam novas formas de incorporar os segmentos da sociedade na formulação das políticas públicas através de conselhos gestores de políticas públicas (de saúde, de assistência social, de trabalho, de segurança, e outros). A intenção, como aponta Teixeira (2008), era criar espaços em que setores organizados, como sindicatos e movimentos populares e sociais tivessem voz.

Nesse período, pôde-se observar o surgimento de diversos conselhos em âmbito nacional, estadual e municipal, visando à implementação de políticas sociais nas diversas áreas (BRASIL, 1988). A constituição desses conselhos possibilita o estabelecimento de novas formas de participação democrática, fazendo com que governo e sociedade civil participem de forma igualitária na definição das políticas públicas (CAMPOS; MACIEL, 1997, p. 145).

No âmbito da saúde, a ideia de participação democrática e deliberativa nasceu na década de 1960, a partir das rupturas provocadas pelos movimentos invisíveis liderados por donas de casa e outros grupos da Zona Leste de São Paulo (DAVID, BONETTI e SILVA; 2012).

O processo de criação do SUS (Sistema Único de Saúde) que teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, estabeleceu as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios, além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (FINKELMAN, 2002).

Decorrido já algum tempo desde a implementação e institucionalização destes espaços de participação, nota-se diversos desafios que esta institucionalidade suscita, dentre os quais é realçado aqui a questão do controle social. Para além da participação representativa nos espaços institucionais dos conselhos de saúde, e como forma de torná-los instrumentos vivos de expressão das contradições e lutas por uma ordem social mais justa, a discussão acerca da temática torna-se urgente.

Diante disto, o presente trabalho parte do pressuposto de que é possível criar condições de aproximação das pessoas com a política a partir do reconhecimento e acolhimento das opiniões no âmbito dos espaços sociais criados em leis para determinada finalidade.

As disputas que permeiam as políticas públicas de saúde e a participação social, devem ser explicitadas permitindo que os conselhos de saúde se constituam em espaços de negociação e discussão. Por conseguinte, surge um grande desafio para o Estado e para a sociedade civil: o reconhecimento dos diferentes interesses em disputa e a necessidade da construção de vias de negociação.

2. OBJETIVOS

A presente investigação tem como objetivo discutir acerca das políticas públicas em saúde, bem como aprofundar os conhecimentos sobre a participação social, analisando suas possibilidades e limites no decorrido processo.

3. METODOLOGIA

A construção deste artigo está balizada pela metodologia do estudo exploratório por meio da revisão integrativa que, segundo Benfield (2003) inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Trata-se um método valioso para a saúde, pois muitas vezes os profissionais não dispõem de tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (POLIT; BECK, 2011).

Para a elaboração deste estudo foram realizadas buscas de artigos científicos disponibilizados nas plataformas de dados do Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e bibliotecas eletrônicas SciELO, LILACS e Medline para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes sobre a temática em questão. Foram utilizadas para este fim os seguintes descritores: participação popular, controle social em saúde e políticas de saúde. Nessa base adotou-se como filtros: ser artigo, estar disponível como texto completo e ter sido publicado no período de 2000 a 2015.

As pesquisas foram avaliadas criticamente para determinar se eram válidas quanto ao caráter metodológico. Os dados coletados a partir desses estudos foram analisados de maneira sistemática, interpretados, sintetizados de modo a possibilitar a formulação de conclusões fundamentadas nos vários estudos incluídos nesse processo.

4. RESULTADOS

A busca realizada nas plataformas de dados resultou na seleção de 53 artigos sobre Políticas Públicas em Saúde e Participação Social, possibilitando que a amostra final fosse constituída de 12 artigos relacionados ao foco deste estudo, por atenderem o critério de pertinência ao assunto tratado, dos quais 100% eram artigos científicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Analisando-se as características dos

artigos com relação ao ano de publicação, identificou-se que entre os anos 2010 a 2015, obteve-se 91,6% do total de publicações, observou-se a predominância no ano de 2012 com 33,3%, seguido do ano de 2015 com 25%.

No que tange à localização geográfica, evidencia-se que a origem das publicações foi diversificada entre as regiões do Brasil, todavia pode-se perceber o predomínio da região sudeste e sul com 33,3% dos artigos cada uma, logo em seguida região nordeste com 25% dos artigos.

Quanto à modalidade de delineamento dos estudos inseridos na investigação, destacaram-se os artigos de pesquisa de campo que representaram a maioria, com 5 (41,6%) publicações, estudo de caso, revisão bibliográfica e pesquisa-ação, com 3 (25%), 2 (16,7%) e 2 (16,7%) publicação, respectivamente. Em relação à área de conhecimento e de formação dos autores, sobressaíram-se as áreas de Enfermagem com 66,6% das publicações e Odontologia, com 16,7%.

No que concerne ao objetivo das publicações a respeito da Participação Social nas Políticas Públicas de Saúde, foram encontrados os resultados, organizados por título, ano de publicação, modalidade ou tipo de estudo, e objetivo dos mesmos apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos artigos segundo título, ano, modalidade e objetivos das publicações selecionadas para o estudo.

TÍTULO/ ANO / MODALIDADE	OBJETIVO
01. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. 2011 Estudo de caso	Entender como os atores responsáveis pelas políticas sociais conseguiram absorver e garantir à comunidade o direito de participar na tomada de decisão em política pública de saúde.
02. A participação social na perspectiva dos atores de uma rede social comunitária: um estudo de caso. 2015 Estudo de caso	Desvelar a opinião dos integrantes de uma rede comunitária sobre como a participação ocorre neste espaço, o que permite indagar acerca de como este modo de equacionar problemas comuns se configura na visão dos

	seus membros e as conotações desta experiência no campo da participação social.
03. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. 2015 Pesquisa de campo	Analisar as representações sociais dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal acerca da prática do controle social.
04. Controle social e participação popular na política de saúde: ação/intervenção de enfermagem junto a um conselho local de saúde, Chapecó-SC. 2004 Pesquisa de campo	Analisar percepções e ações de controle social em um Conselho Local de Saúde no município de Chapecó-SC.
05. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. 2012 Pesquisa-ação	Evidenciar os principais conhecimentos adquiridos no decorrer do processo de implantação de um Conselho Local de Saúde, com enfoque na apreensão dos desafios mais relevantes para a construção de conselhos locais de saúde a partir de relações educativas orientadas pela concepção de educação popular.
06. Estrutura da representação social dos usuários do Sistema Único De Saúde sobre Conferência Municipal De Saúde. 2012 Pesquisa de campo	Apreender a representação social dos usuários participantes de uma Conferência Municipal De Saúde (CMSS) sobre o que vem a ser esse evento,
07. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. 2012	Analisar o exercício do Controle Social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Município de Canindé, CE.

Pesquisa de campo	
08. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. 2012 Revisão de literatura	Apresentar a produção bibliográfica na área da saúde sobre a temática dos Conselhos Municipais de Saúde e da gestão participativa.
09. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. 2012 Pesquisa-ação	Construir um processo de participação popular e controle social em saúde, no território de uma Estratégia Saúde da Família, na região sul do Estado de Santa Catarina.
10. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. 2011 Revisão de literatura	Verificar a construção teórica das expressões “participação social” e “controle social” relacionando com o processo de construção da democracia na saúde brasileira.
11. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. 2015 Estudo de caso	Analisar as Comissões Locais de Saúde (CLS) do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) como espaços de ampliação da democracia à luz da Teoria Democrática Deliberativa.
12. Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em Espaços de organização popular. 2013 Pesquisa de campo	Analisar como as organizações populares que discutem as políticas públicas de saúde configuram-se em espaços que favorecem a participação e promovem a construção da cidadania.

Quanto aos resultados encontrados nos estudos avaliados, observou-se que o processo de evolução das Políticas Públicas de Saúde apresenta duas grandes frentes de mudança: a reorganização da rede de serviços de saúde e a participação popular na gestão e no controle dos serviços, perfilando-se com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira e com a constituição de 1988.

5. DISCUSSÃO

A Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais. O setor da saúde destaca-se nesse processo não apenas pelo aspecto da institucionalização dos espaços participativos, como também pela sua ampliação para todo o território nacional (COSTA; VIEIRA 2013).

5.1. Reorganização da Rede de Serviços de Saúde

A partir da década de 50 o modelo de proteção social brasileiro apresentava duas linhas principais de atuação, conforme destaca Fleury (2009). Uma delas é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender aos mais pobres, baseada no trabalho voluntário, estruturado de maneira pulverizada e descontínua. Para a autora, trata-se de uma relação que configura somente medidas compensatórias que são definidas como uma “cidadania invertida” já que os beneficiados só podem receber a proteção social se fracassaram no mercado de trabalho. A outra linha é o modelo de seguro social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais (FLEURY, 2009).

Nesse período se instala no país um modelo médico assistencial baseado no exercício liberal da medicina, demandando pouca importância à prevenção e promoção da saúde. Em meados da década de 60 e mais fortemente na década de 70, reaparece a preocupação com a saúde coletiva da população, influenciada pelo conceito da determinação social da saúde. Em 1963, com a 3ª Conferência Nacional da Saúde, surgiram inovações nos currículos de cursos de medicina e foram criados os primeiros departamentos de medicina preventiva e social (COSTA; VIEIRA, 2013).

Em 1978, foi realizada a Conferência de Alma Ata que representou um marco no campo da saúde, pois trouxe para o debate na Organização Mundial da Saúde (OMS) questões até então restritas a experiências desenvolvidas em alguns territórios nacionais. O enfoque passa a ser a atenção primária, incluindo uma ideia diferenciada de participação social e comunitária no planejamento da saúde. Essas orientações

repercutiram no Brasil de tal forma que em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas de atenção à saúde, com a participação popular. (ESCOREL, 1998).

Segundo Costa e Vieira (2013), a década de 80 é marcada não só pela queda do regime militar, mas pela efervescência dos movimentos sociais, tais como o movimento estudantil, o de mulheres, o de moradores, bem como o posicionamento de entidades de representação de profissionais liberais, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) pelas liberdades democráticas, que exigiam a redemocratização do Estado. Em consonância com isso, o movimento em prol de sistemas nacionais e públicos de saúde se organizou no Brasil em torno do projeto política da reforma sanitária, constituído pela Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária afirma a bandeira da unificação das diferentes redes de prestação de serviços de saúde, da universalização do acesso à saúde e seu reconhecimento como direito social universal. A Constituição de 1988 representa a culminância do processo de construção de uma nova política nacional de saúde, instituindo no país um Sistema Único de Saúde (SUS) cujos princípios são os da universalidade e da integralidade, deslocando-se a política da saúde para o campo dos direitos do cidadão (JACCOUD *et al.*, 2005).

A Constituição de 1988 instituiu o arcabouço jurídico que permitiu a consolidação do regime democrático no Brasil. Um conjunto de direitos sociais foi ali estabelecido como resultado de um longo e conflituoso processo de mobilizações sociais e políticas que marcaram os anos 1970 e 1980. Nessa trajetória, buscou-se ampliar o envolvimento dos atores sociais nos processos de decisão e implementação das políticas sociais, respondendo a demandas em torno da descentralização e da democratização do Estado brasileiro (JACCOUD *et al.*, 2005).

Segundo a mesma autora:

Entre os avanços da Constituição de 1988 na determinação da responsabilidade estatal em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, pode-se destacar: i) a instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social,

articulando e integrando as políticas de seguro social, assistência social e saúde; ii) o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar de forma universal, pública e gratuita, atendimento na área de saúde em todos os níveis de complexidade; para tanto, o texto constitucional prevê a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão descentralizada e participativa; iii) o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, e direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza; iv) o reconhecimento do direito à aposentadoria não integralmente contributiva (ou seja, parcialmente ancorada em uma transferência de solidariedade) dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e v) o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego (JACCOUD *et al.*, 2005, p. 182).

5.2. Participação Popular na Gestão e no Controle dos Serviços de Saúde

Não restrita ao setor Saúde, a participação social passou a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituente e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferaram hoje no país outras formas de participação social na prestação de serviços e na gestão do social como resultado do fortalecimento de um movimento iniciado nos anos 80 (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005)

O processo de participação é diverso e nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva. Nessa perspectiva, a participação social institui o cidadão como portador de direitos e deveres, especialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES, 1994).

As bases legais sobre a participação social no SUS foram promulgadas em 1990 na Lei Orgânica da Saúde (LOS). A lei nº 8.080/90 reafirma no seu artigo 7º a participação social como um princípio para o SUS e a lei nº 8.142/90 no seu artigo 1º define que, sem prejuízo das funções do poder legislativo, sejam criados os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1º da lei 8142/90 afirma que a Conferência de Saúde, em reuniões periódicas com representação dos vários segmentos sociais, iria avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

A partir deste momento, o controle social toma forma, pois a organização jurídica do país inclui os conselhos de saúde na estrutura decisória e na fiscalização do manejo dos recursos públicos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os conselhos de saúde, como espaços de poder, conflito e negociação, apresentam avanços consideráveis no exercício do controle social e na ampliação da cidadania, entretanto, enfrentam dificuldades como a burocratização das suas instâncias para o mero cumprimento de exigências legais (PAIVA *et al.*, 2014).

Segundo dados de uma pesquisa realizada por Duarte e Machado (2012) em Canindé (CE), no tocante à realidade dos Conselhos de Saúde no Brasil, os principais nós-críticos são: a dificuldade dos conselhos de saúde em deliberar de forma instruída sobre a gestão da saúde no seu âmbito; a baixa influência dos colegiados na condução dos sistemas municipais de saúde; a existência de conselhos como mero cumprimento de legislação; a cultura do controle social carente de consolidação na prática dos municípios; o distanciamento de alguns conselhos da comunidade a quem representam; e da atuação do colegiado dando-se de forma alheia à população, quando esta pouco sabe sobre sua existência, importância ou atividades.

Existe uma limitação da qualidade da participação dos conselheiros quanto ao critério de autorresponsabilização dos seus representados

no que se refere ao acompanhamento e influência das ações do Conselho de Saúde através da opinião, uma vez que é importante que o conselho alcance maior credibilidade enquanto instância deliberativa para equilibrar a relação entre a vontade política dos governantes e a mobilização da sociedade civil (BEZERRA, 2009).

Uma dificuldade apontada pelos espaços de participação popular para o alcance dos objetivos aos quais se propõe é o fato de seu poder de intervenção ser limitado frente às problemáticas vivenciadas. Para Vasconcelos (2004), apesar de os movimentos sociais serem a expressão dos interesses dos setores subalternos da sociedade, sua voz é usualmente desqualificada nos diálogos e negociações institucionalizados.

Quanto à participação dos usuários, o estudo de Duarte e Machado (2012) constatou o observado no estudo de Guizardi e Pinheiro (2006) constatando que talvez o ponto premente seja a forma como se concretiza a participação, posto que a presença quantitativa assegurada com o requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção nesse espaço, principalmente se considerados os representantes dos usuários.

Os dados corroboram com os da pesquisa de Shimizu e Moura (2015) no Distrito Federal, que retrata os conteúdos das representações sociais que apontam a falta de acesso à informação sobre a finalidade dos Conselhos Regionais de Saúde. Dessa maneira, seria necessário ampliar o acesso à dinâmica cotidiana desses fóruns, com vistas ao aumento da capacidade de argumentação dos sujeitos nos processos decisórios, uma vez que o uso da informação no âmbito da saúde propiciaria elementos para a análise da situação de saúde, subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento, no sentido de definir prioridades, pelos conselheiros e gestores da saúde (PAIVA *et al.*, 2014).

Silva (2004) afirma que existe diferença entre a linguagem culta e a linguagem popular e esta diferença se apresenta constantemente nas discussões que acontecem nos conselhos locais e municipais de saúde. Em muitos momentos

dificulta o posicionamento dos conselheiros nas deliberações de algumas questões.

Uma pesquisa-ação realizada em João Pessoa/PB (CRUZ *et al.*, 2012), cujo objetivo era fortalecer as bases da participação social nos conselhos de saúde locais, retratou que um dos grandes empecilhos encontrados foi falta de espaços permanentes de diálogo do serviço com a comunidade. Por isso mesmo, algumas das lideranças populares não enxergavam no conselho uma construção coletiva entre gestão, trabalhadores e comunidade, formando um grupo onde o mais importante era dialogar e tecer as ações na união, em lugar de preferir elencar as reclamações.

A visibilidade dos conselhos é um ponto crucial para o exercício do controle social, caracterizando-se pela transparência das ações na criação de canais de comunicação com a população (COTTA, 2010). A Resolução 333/2003 define como competência dos conselhos divulgar os trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

Segundo Jorge e Ventura (2012), democratizar as informações e permitir sua avaliação por parte dos usuários seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de corresponsabilidade. Mas, para que essa gestão participativa aconteça, torna-se necessária a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações.

Cruz *et al.* (2012) elenca como dificuldade para uma participação ampla por parte da população o 'individualismo' e 'descrença'. E segundo os entrevistados seriam esses fatores que resultariam na 'desresponsabilização' por parte das pessoas. Cruz (2008) relata que tal panorama faz com que a população, de uma forma geral, não se envolva diretamente nos assuntos políticos, depositando nas mãos do governo a tarefa de decidir e agir, fortalecendo cada vez mais a democracia representativa, em que o voto é a expressão da participação da população.

Duarte e Machado (2012) apontam que a participação social tem sido mais vocalizada pelos homens com maior escolaridade, e encontra-se ancorada na noção de controle social do SUS com o sentido de um controle da sociedade sobre o

Estado. Por meio dos conselhos, a sociedade civil exercita o direito de participar da gestão de diferentes políticas públicas, tendo a oportunidade de exercer maior controle sobre o Estado. Nesse sentido, percebe-se que, a despeito das fragilidades dos conselhos que têm se restringido ao caráter meramente consultivo, limitando seu poder de decisão e deliberação (Gohn, 2011), os Conselhos de Saúde têm avançado principalmente como espaço para negociar as demandas e necessidades em saúde para a população que vive nas regiões, e se destacam como espaços para reflexão cidadã e exercício da democracia (Bispo Júnior; Gerschman, 2013).

Segundo Ponte *et al.* (2012), esses espaços podem ser considerados como espaços de interação comunitária que inclua diversos aspectos do cotidiano da vida humana, correlacionados com os determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos, com mais possibilidades para tornarem-se dispositivos de efetivação de democracia participativa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que, para que haja uma transformação expressiva nas políticas de saúde brasileiras, é necessária, cada vez mais, a efetivação da participação popular no exercício da construção de tais políticas, sendo partícipes do processo de mudança tão almejado.

No contexto vivenciado pode-se constatar que a participação popular constitui uma força social capaz de elencar prioridades e influir nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação e o fortalecimento de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. Por outro lado, pudemos observar a dificuldade existente para se exercitar o diálogo como estratégia primordial para a consolidação da participação popular em saúde.

Fica evidente também que deve ser acrescentado à democracia participativa uma função educativa, de participação em assuntos comunitários e políticos, o que pode contribuir para a criação de cidadãos capazes de sustentar a democracia. Com a possibilidade de participação

ativa, os cidadãos podem se tornar mais informados acerca do sistema político, modificar as suas representações e ampliar seus horizontes para além de seus interesses pessoais, ou seja, em defesa de um bem público maior, o SUS.

Ante o exposto, o fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde deve ser valorizado como uma decisão política institucional com potência de permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde. Além disso, a mudança desejada implica em um caminhar coletivo, e em processo de transformação das práticas de saúde.

7. REFERÊNCIAS

- BRASIL, Presidência da República. LEI nº 8.142. De 28 de dezembro de 1990. Publicado no Diário Oficial em 31 de dezembro de 1990.
- BENEFIELD. L E. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthc Nurse*, v.21, n.12, p. 804-11, 2003.
- BENEVIDES, M V M. *Cidadania e Democracia*. São Paulo: Lua Nova, 1994.
- BEZERRA, C K F; ARAÚJO, M A D. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo-PB: um estudo sobre participação. *Rev. Adm. Saúde*, v. 11, n. 42, p. 30-42, jan.mar. 2009.
- BISPO JÚNIOR, J P; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciências da Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 7-16, 2013.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- CAMPOS, E B; MACIEL, C A B. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 55, p. 143-155, nov. 1997.
- COSTA, A M; VIEIRA, N A. Participação e controle social em saúde. In *Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da

- Presidência da República, 2013. Vol. 3. Pp. 237-271.
- COTTA, R M M; CAZAL, M M; MARTINS, P C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.
- CRUZ, G R. Participação versus representação: o dilema da legitimidade política. *Revista ALCEU*, Rio de Janeiro, v. 8, N. 16, jan./jun., p. 205-215. 2008.
- CRUZ, P J S C; MASSA, N. M.; ARAÚJO, T. A. M.; VASCONCELOS, A; C; C; P. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.
- DAVID H M S L; BONETTI O P; SILVA M R F. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: Notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.65, n.1, p.179-85, 2012.
- DUARTE, E B; MACHADO, M F A S. Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, supl.1, p.126-137, 2012.
- ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1998.
- FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p
- FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p. 743-752, 2009.
- GOHN, M G. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011.
- GUIZARDI, F L; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Cien Saude Colet*, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.
- JACCOUD, L; SILVA, F. B.; Delgado, G. C.; CASTRO, J. A.; CARDOSO, J. C. Jr.; THEODORO, M.; BEGHIN, N. *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.
- JORGE, M S; VENTURA, C A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 11, n. 1, p. 106 - 115, jan./jul. 2012.
- PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014.
- POLIT, D F; BECK, C T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- PONTE, H M S; LOPES, J. O. F.; FEIJÃO, J. R. P.; SOUZA, F. L.; SANTOS, E. V.; SOARES, C. H. A. "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 234-243, 2012. Suplemento 1. 2014.
- RODRIGUES, Elisane Adriana Santos; BRASIL, Flávia de Paula Duque. A participação social na perspectiva dos atores de uma rede social comunitária: um estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 374-384, mar. 2015.
- SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde de Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, Dec. 2015 .
- SILVA, F B; JACCOUD, L; BEGHIN, N. Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias. In Jaccoud L. (Org.) *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.
- SILVA, M T. Controle social e participação popular na política de saúde: ação/intervenção de enfermagem junto a um conselho local de saúde, Chapecó-SC. Florianópolis, 2004. Dissertação

(Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, Dec. 2010.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2007.

TEIXEIRA, A C. Até onde vai a participação cidadã? *Le Monde Diploma-tique Brasil*, v.2, n.7, p.6-7, 2008.

VASCONCELOS, E. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VIEIRA, D. R.; MACHADO, M. L.; CERVI, R. B. Br.; VERDI, M. I. M. Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 591-609, Dec. 2013.