



Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

Participação e Promoção de Saúde: Perspectivas e Desafios de uma Experiência

Felipe Szabzon

São Paulo

2009



PUC-SP

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

Participação e Promoção de Saúde: Perspectivas e Desafios de uma Experiência

Felipe Szabzon

Trabalho de conclusão de curso como exigência
parcial para a graduação no curso de Psicologia,
sob orientação do Prof. Dr. Odair Furtado

São Paulo

2009

Dedico este trabalho ao meu avô, que dedicou-se, sempre, a ensinar-me o valor do conhecimento.

Gostaria de agradecer ao Odair, que desde o início simpatizou com o tema e me apoiou a transformar este trabalho numa oportunidade.

Agradeço também a Vera, que me ofereceu a oportunidade de entrar em contato com o que há de mais interessante nesta área e a transformar uma pequena idéia num grande desafio.

Resumo

Este trabalho é uma revisão da literatura sobre participação em saúde, analisando autores brasileiros e de outros países. Pretende, desta maneira, contribuir para uma melhor compreensão das políticas participativas adotadas no Brasil na área da saúde pública.

As políticas de participação em saúde foram instituídas no Brasil em 1988 e

assumiram um papel central no Sistema Único de Saúde. Esta experiência revelou uma maneira inovadora de envolvimento social na saúde que vem sendo pouco discutida pela psicologia. A proposta deste trabalho é de refletir sobre o diálogo entre promoção de saúde e a adoção de mecanismos participativos em saúde.

Palavras Chave: Participação Social, Promoção de Saúde, Políticas Públicas, Psicologia Social

SUMÁRIO

1	Introdução.....	07
2	Participação e Saúde.....	10
2.1	O conceito de saúde.....	11
3	Participação e Promoção de Saúde	15
4	As Políticas Participativas no Brasil.....	20
4.1	O Momento Político e Oportunidades.....	20
4.2	Os Conselhos Gestores de Saúde.....	25
4.3	Dificuldades Enfrentadas pelos Conselhos.....	29
5	Conclusão.....	34
6	Referências Bibliográficas.....	37

"Os fatos estão todos aí, objetivos e independentes de nós. Mas cabe a nós fazer com que se tornem fatos históricos, mediante a identificação das relações que os definem, seja pela observação de suas relações de causa e efeito, isto é, sua história, seja pela constatação da ordem segundo a qual eles se organizam para formar um sistema, um novo sistema temporal, ou melhor, um novo momento do modo de produção antigo, um modo de produção novo, ou a transição entre os dois. Sem relações não há 'fatos'. É por sua existência histórica, assim definida, no interior de uma estrutura social que se reconhecem as categorias de análise. Já não estaremos, então, correndo o risco de confundir o presente com aquilo já não mais o é".

Milton Santos

Introdução:

Este trabalho dedicou-se a apresentar os estudos recentes do autor sobre participação e saúde. Optou por uma abordagem teórica sobre o assunto e propõe uma revisão de parte da literatura sobre participação em saúde, analisando autores brasileiros e de outros países. Para isso consultou diversos artigos acadêmicos, resultados de pesquisas, dados governamentais e livros sobre o assunto. Desta maneira, este trabalho de conclusão de curso pretende contribuir para uma melhor compreensão das políticas participativas adotadas no Brasil na área da saúde pública.

Ao fim da primeira década do século XXI e ainda muito distante de atingir a meta de saúde para todos, propostas para o fim do milênio passado, o mundo ainda sofre com a grande disparidade na distribuição de renda e acesso aos serviços básicos como saúde, educação, moradia, nutrição etc. O momento é nobre para a discussão de novas técnicas e experiências que possam servir de guia nos desafios sempre emergentes.

No Brasil as políticas de participação em saúde foram instituídas em 1988 e assumiram um papel central no Sistema Único de Saúde. A experiência brasileira revela uma maneira inovadora de envolvimento social na saúde que vem sendo pouco discutida pela psicologia. Passados pouco mais de 20 anos desde a institucionalização dos conselhos de saúde, vemos que diferentes perspectivas têm sido utilizadas para abordar o tema, o que demonstra o interesse de muitos e a complexidade do assunto.

Poucos trabalhos foram encontrados na área da psicologia, com alguns estudos realizados sobre o orçamento participativo, e sobre a correlação entre participação, saúde e psicologia social como os da Prof. Dra. Sandra Jovchelovitch e Pedrinho Guareschi. Muitos trabalhos, no entanto, vem sendo realizados por outros campos do saber e o debate hoje tem ampla repercussão nas principais organizações internacionais e revistas acadêmicas.

A fim de contribuir neste grande debate, esta pesquisa dedicou-se inicialmente a apresentar a relação entre participação e promoção de saúde, e posteriormente a descrever a experiência brasileira à luz da primeira parte. Certamente não foi possível, e tampouco esta foi a pretensão deste trabalho, solucionar uma questão tão ampla e entendo que este é um trabalho que termina com mais perguntas do que inicia.

Através deste trabalho proponho uma reflexão sobre as maneiras pela qual a participação social pode estar relacionada às políticas de promoção de saúde. Ou seja, a principal questão a ser discutida é: De que maneira os processos participativos podem influenciar a saúde dos indivíduos e de suas comunidades, envolvidos com tais propostas? Como tem se dado este processo no Brasil?

Dado que a participação é tão amplamente aceita como um mecanismo de promoção de saúde, o tema é de grande importância, e é merecedor de maiores estudos que correlacionem como os processos pelos quais as redes sociais e relacionamentos intra-comunitários e políticas participativas, afetam a saúde das populações.

No início desta pesquisa, dediquei-me a entender melhor como os conceitos-chaves de Território, Comunidade e "Saber Local" influenciavam a saúde de diferentes grupos sociais. Os três termos, apesar de muito amplos, indicam uma compreensão necessária e importante para prosseguir na maneira pela qual a participação afeta a vida de grupos sociais.

Ao mergulhar no tema da participação, foi possível verificar que apesar de muito utilizados estes conceitos ainda são pouco claros e as definições teóricas precisam de maiores esclarecimentos. Neste trabalho não foi possível esclarecer ou teorizar estes termos. A questão certamente não será encerrada aqui e estudos posteriores precisarão ser realizados neste sentido.

Início este trabalho apresentando o tema, e as mudanças do paradigma do conceito de saúde que propiciaram o aparecimento das primeiras propostas de participação.

No capítulo Participação e Promoção de Saúde, apresento como a literatura consultada, tem abordado o tema da participação na saúde, e a relevância do tema nos dias de hoje, assim como alguns momentos históricos importantes para as propostas de participação em saúde. Aponto, também, algumas contribuições que a psicologia social pode oferecer para relacionar a participação e promoção de saúde, e diferentes maneiras de se pensar a participação em saúde.

Após, mergulho na experiência brasileira de institucionalização da participação no SUS, o momento histórico da luta pela reforma sanitária e a situação política que o Brasil vivenciava. Descrevo os mecanismos adotados para a institucionalização dos conselhos de saúde, e aponto então, como esta mudança nos modos de oferta e consumo de serviços trouxe novos desafios na construção de políticas públicas. Procuro, neste sentido, demonstrar as principais dificuldades que estes conselhos têm enfrentado desde sua institucionalização.

Ao final do trabalho concluo refletindo sobre a grande dificuldade e enorme importância de avaliar os efeitos da participação para a promoção de saúde. Pontuo a questão da institucionalização e possíveis contribuições para as políticas públicas.

2. Participação e Saúde:

Não é de hoje que os Estados têm enfrentado grandes dificuldades em estabelecer políticas que contemplem de forma satisfatória as demandas populares dentro de seus territórios nacionais. No caso do Brasil, fica ainda mais visível o desafio, dada a sua dimensão territorial, desigualdade econômica e diversidade cultural de sua população. Passados mais de 30 anos desde a declaração de Alma Ata, o esforço de construir políticas participativas na área da saúde, que visem aproximar Estado e Sociedade permanece um desafio. A questão continua sendo objeto de investigação de diversos pesquisadores. Muitos refletem sobre as potencialidades de políticas participativas. Para alguns, estas estão relacionadas à transformação dos modelos tradicionais da democracia representativa. Para outros, o que se coloca é a discussão sobre o papel que estas políticas podem assumir como estratégia para a promoção de saúde e envolvimento da população.

A experiência brasileira pode nos oferecer um bom exemplo da forma com que tais experiências participativas foram implantadas no sistema de saúde nos últimos anos. Não apenas pelo fato de o país ser considerado um dos mais importantes laboratórios de inovação democrática (Coelho, 2007a), mas também por ter sido a mais ousada na arquitetura de espaços para a participação popular (Shankland e Cornwall¹, 2007). Apesar da descrença de diversos autores sobre a criação de políticas participativas em países em desenvolvimento e, em especial, na América Latina, diversos estudos (Coelho 2007a, Cortês, 2007) têm apontado para os resultados positivos de tais experiências.

Tema de grandes discussões internacionais e de grande importância neste começo de século, as políticas de saúde constituem hoje um campo amplo e de extrema importância para diversas áreas do saber. Desde a medicina sanitária, sociologia da saúde e psicologia, entre outros, têm realizado grande esforço em desenvolver uma abordagem interdisciplinar que contemple o conceito moderno

¹ Todas as traduções de textos originais na língua inglesa foram feitas pelo presente autor.

de saúde e novas formas de estabelecer políticas, que englobem as necessidades em saúde dos cidadãos e propicie, desta forma, melhor qualidade de vida.

2.1 O Conceito de Saúde:

Para compreender o conceito moderno de saúde, devemos nos remeter ao início do Séc. XX, marcado fortemente pelos desafios da compreensão do mundo e pelo rápido desenvolvimento da ciência. Inúmeras experiências surgiram naquela época trazendo inovações e grandes descobertas na área da saúde, como os experimentos de Pasteur, que descobre a existência dos germens, assim como a descoberta das estruturas virais, que só foram possíveis graças à invenção do microscópio eletrônico em 1930. Este foi o início da chamada "era bacteriológica".

Até aquele momento histórico não existiam ainda medicamentos e fármacos de eficiência comprovada, mas à medida que se descobriu a insulina e as sulfamidas, na década de 1930, iniciou-se uma nova forma de combate às doenças (Westphal, 2000).

A partir de então, cresce o investimento na ciência como forma de desenvolvimento e, simultaneamente, como estratégia para garantir a melhoria na saúde da população, o que influenciou fortemente políticas públicas para lidar com a problemática da saúde coletiva. Neste sentido, passou-se a privilegiar a realização de pesquisas científicas por novas drogas para o combate de doenças e conseqüentemente uma maior vigilância sanitária nas cidades. O desenvolvimento da saúde significava focar no combate às bactérias e doenças infecto-contagiosas geradoras de doenças e conseqüentemente contrárias a manutenção da saúde. Nesta concepção entende-se, por oposição, que saúde estava onde não havia doenças.

"Nesse período a saúde pública, desprestigiada, tentou resgatar o seu papel buscando se articular com os interesses econômicos e políticos das classes mais favorecidas. Assumiu o paradigma higienista, que objetivava a resolução do problema das cidades

ainda não-aparelhadas para abrigar o contingente de população que para elas se deslocava. A saúde pública do início do século e as escolas de saúde pública, que em sua maioria adotaram o nome de escolas de higiene, voltaram seu interesse para os métodos sociais e ambientais objetivando a remodelação e o saneamento das cidades, e a transmissão de normas higiênicas, configurando o que tem se chamado de dicotomia prevenção/cura. Da mesma forma que o movimento sanitário do final do século, o higienismo tinha caráter paternalista e vertical, devido ao pouco desenvolvimento ou ausência de mecanismos democráticos nas sociedades que os desenvolveram" (Santos e Westphal, 1999).

Apesar de a saúde não ser considerada há muito tempo como a mera ausência de enfermidades e doenças, foi apenas na nova constituição de 1948 da Organização Mundial de Saúde que as pessoas passaram a enfatizar os aspectos positivos da saúde (Stroebe, 1995).

"Provavelmente, coube ao sistema das Nações Unidas e suas agências o crédito maior de retornar, re-conceituar e disseminar ativamente tal enfoque, sob a conhecida tese de que a política social constitui condição do desenvolvimento econômico. Formulada há mais de quarenta anos sob o conceito 'desenvolvimento social', a tese ganhou amplitude e complexidade, impregnada mais recentemente pelos princípios dos direitos sociais, dos direitos humanos, e fertilizada ainda pelos novos conceitos de 'desenvolvimento humano', 'investimento nas pessoas', 'inclusão social' e, de modo mais amplo, coesão social." (Draibe, 2007:30) ²

Até o princípio dos anos 70, as políticas públicas para a saúde, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, estiveram dominadas por uma orientação curativa, concentrando as ações de saúde em grandes hospitais com super-especialistas. A postura política de atenção à saúde entendia a prática sanitária como a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença (Ashton *apud* Westphal, 2000).

² O presente trabalho não pretende aprofundar a discussão sobre as políticas de "welfare state", mas devido a importância que estas assumiram no cenário internacional, e sua influência sobre as políticas sociais no Brasil, optei em manter esta citação.

No início desta década, a maioria dos países sofreu com crises no setor da saúde, devido aos altos custos da medicina curativa, que utilizava alta tecnologia, bem como aos resultados apontados por pesquisas evidenciando que os gastos em saúde não estavam tendo reflexos equivalentes na qualidade de vida da população. Essa crise foi gradativamente acarretando em novas estratégias baseadas em novos conceitos, que deram início ao que se tem chamado a “nova saúde pública” (Westphal, 2000).

Diversos movimentos começam a surgir na Europa questionando o modelo de assistência a saúde que, além de muito caro, era ineficiente no sentido de não atender a toda população.

Tal período foi marcado por grandes discussões teóricas. No Canadá, foi publicado o informe de Lalonde em 1974³, que foi provavelmente o primeiro reconhecimento de um país industrializado de que intervenções biomédicas não eram as principais responsáveis pelo bem estar individual e por uma melhora na saúde da população. Lalonde (1974) aponta que a visão tradicional de saúde não leva em consideração os aspectos positivos de saúde e mostra o efetivo custo financeiro do sistema hospitalocêntrico adotado, assim como os possíveis ganhos com a utilização de campanhas de prevenção e promoção em saúde (Santos e Westphal, 1999).

Até o final dos anos 1970, uma série de iniciativas foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A principal delas foi a Declaração de Alma-Ata⁴ de 1978, sobre Atenção Primária à Saúde, que propiciou uma seqüência de encontros internacionais sobre promoção de saúde, tais eventos visaram estabelecer uma nova forma de atenção à saúde.

³ Lalond Report, 1974. A New Perspective on the Health of Canadians.

⁴ A conferencia de Alma-Ata foi a primeira grande conferência internacional de saúde e contou com representantes de diversos países do mundo que se comprometeram com os objetivos expressos no documento final, endossado pelo OMS.

"A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no dia 12 de setembro de 1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou este documento cuja declaração afirma como primeiro ponto fundamental o entendimento do conceito de saúde como 'estado de completo bem-estar físico, mental e social', e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde." (Alma Ata, 1978: 01).

O ideal de atuação voltado para a promoção de saúde passou a ser discutido com maior frequência e sua ação em âmbito local foi estabelecida com estratégia primordial pela OMS. As ações na Atenção Primária de Saúde objetivaram estimular os serviços em âmbito local, em que o custo para o financiamento desse novo modelo não fosse tão alto como o anterior e cujos reflexos gerassem melhores condições de qualidade de vida das pessoas. Nesse novo modelo, o principal foco de atividades seria pautado pela prevenção de doenças e promoção de saúde.

3. Participação e Promoção de Saúde

Desde a declaração da carta de Alma Ata (1978), a questão da participação em saúde assumiu importante papel nas políticas de saúde, na literatura científica e na atuação de organizações da sociedade civil dedicadas a área.

Neste documento, o item quinto do artigo 7º afirma que a atenção primária em saúde requer:

"Participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades". (Pg. 02)

As ações de promoção de saúde representam hoje uma estratégia bem estabelecida para enfrentar os múltiplos problemas enfrentados nas sociedades contemporâneas. Estruturadas sobre o reconhecimento da saúde como um objetivo social fundamental, a participação comunitária e a cooperação entre os diferentes setores da sociedade são conceitos centrais (Declaração de Adelaide, 1988⁵). Tal estratégia prima pelo investimento na atenção primária, partindo de uma concepção ampla do conceito de saúde e propõe a articulação de saberes técnicos e populares, assim como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para a ampliação dos direitos universais à saúde e melhoria no padrão de vida das pessoas.

Tanto a Organização Mundial de Saúde, quanto o Banco Mundial, têm produzido continuamente documentos ressaltando a importância da participação da sociedade civil e encorajando a implementação de espaços participativos nas políticas de saúde (Guareschi e Jovchelovitch, 2004:01).

Em importante revisão sobre o tema da saúde, participação e psicologia social, Jovchelovitch e Campbell (2000) apontam que há crescente reconhecimento da

5 Segunda Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália, 1988.

necessidade em envolver as comunidades no estabelecimento de estratégias e operacionalização de decisões, principalmente quando se pretende atender questões como dificuldades de acesso, diferenças culturais, preconceito e dificuldades de comunicação, que são problemas freqüentemente atrelados à oferta de serviços de saúde para grupos marginalizados.

Argumenta-se que comunidades locais devem participar no desenho e implementação de iniciativas em nível local que promovam comportamentos saudáveis, uma vez que as pessoas terão, certamente, maior facilidade em mudar seus hábitos quando se perceberem envolvidas em ações que trazem melhorias para si próprias.

Afirmam também que a maneira pela qual comunidade se organiza influencia o nível de saúde dos que ali residem. Neste sentido, a coesão social do grupo e as redes locais existentes podem beneficiar uma melhor condição de saúde, mesmo que de forma indireta. É possível pensar que os atores envolvidos com a promoção de saúde estarão também envolvidos em ações transformadoras⁶ no nível comunitário, caracterizados por gerar confiança, apoio entre os envolvidos e maior engajamento dos cidadãos nos projetos de interesse da comunidade (Jovchelovitch e Campbell, 2000).

Em seu artigo sobre participação de comunidades em saúde, Morgan (2001) sugere duas possíveis finalidades na construção de espaços participativos em saúde. Para esta autora, a participação em saúde pode ser considerada como um esforço por parte dos governos locais ou organizações sociais para utilizar os recursos da comunidade (terra, trabalho, dinheiro) para minimizar custos na provisão de serviços. Quando desenhados para atendimento de tais objetivos, estes espaços podem ser considerados instrumentais⁷ (*Utilitarian Approach*). Isto porque esta estratégia estaria sendo utilizada como meio para o cumprimento de

⁶ A palavra utilizada na língua original é "Empowerment", por uma questão de sentido a palavra utilizada para tradução foi transformadora.

⁷ A tradução exata do termo seria utilitária, no entanto o sentido é de servir como método para instrumentalizar comunidades.

um dado objetivo, como mecanismo econômico e efetivo. Nesta abordagem, os indivíduos da comunidade acordam em trabalhar voluntariamente ou sob algum tipo de benefício, para a implementação de projetos para o desenvolvimento local. Morgan aponta que, neste caso, os projetos são frequentemente frutos da ação de atores externos à comunidade.

Outra possível maneira de compreender os espaços participativos, ainda segundo a autora, seria através da perspectiva de ações transformadoras na população local (*Empowerment Approach*). Nesta perspectiva, a comunidade tem a responsabilidade de diagnosticar as demandas locais, assim como de trabalhar para resolver os problemas na área da saúde e de desenvolvimento comunitário. Este tipo de participação não é tido como atividade meio, mas como atividade fim, pois contém uma finalidade em si. É apontado que muitas destas experiências surgem do diagnóstico da comunidade de suas próprias debilidades e, portanto, têm origem no local onde serão implementadas.

Esses argumentos, sobre a maneira pela qual a participação afeta a saúde das comunidades e é transformadora na maneira de lidar com as dificuldades do território, sugerem possíveis áreas de estudo e aplicação dos conhecimentos da psicologia social. Não apenas sobre os resultados e conseqüências deste tipo de política na vida dos indivíduos que ali residem, mas também nos mecanismos pelos quais essas dinâmicas ocorrem.

Ao voltar nossos olhares para o caso brasileiro⁸ é importante ressaltar que esses “tipos” de participação citados por Morgan (2001) podem variar de local para local e do interesse dos governos em promover a participação. O que diferencia um conselho que prima pela instrumentalização ou por ações transformadoras não é apenas o desenho institucional que o faz existir em si, mas sim, as circunstâncias sob as quais o conselho foi criado. Nos governos em que há interesse na democratização política, na promoção de saúde, ampliação dos setores representados e maior mobilização social, possivelmente as estratégias que

⁸ Será apresentado mais adiante neste trabalho.

primem por maior transformação e desenvolvimento das comunidades locais terão maior probabilidade de êxito.

Em um pequeno livro intitulado "O que é Participação", Bordenave (1983) afirma que a participação pode ser mais facilmente compreendida se contraposta ao seu conceito oposto. Para tal autor, o contrário à participação é o fenômeno da marginalidade. Com isto, ele quer dizer que um grupo tradicionalmente marginalizado é aquele que está ausente de um processo sem nele poder intervir. O controle social serve a este interesse, de garantir maior participação aos grupos distantes do processo decisório. Tal conceito refere-se aos mecanismos de controle da sociedade civil sobre o aparelho do Estado.

"Não se trata de 'vigiar uma burocracia', ainda que, imediatamente, a relação seja a do usuário com o hospital, com a unidade básica, com a fábrica, com uma diretoria. O que está em questão é criar uma nova cultura política/democrática que, ao democratizar as decisões, traga a **alteridade**. Este conceito de alteridade, ou da presença do alter — o outro, emprestado da psicologia — quer marcar a distinção das situações onde estão presentes sempre os mesmos. Um e outro são sujeitos, portanto, protagonistas de decisões e de ações. O que se quer marcar é a presença de um sujeito que se contrapõe, que tem força e presença para pressionar e ter protagonismo, isto é, ser sujeito, e não sujeitado. Não se trata de simplesmente **mais um**, mas da presença de um pólo de representação que tem capacidade, pela sua posição histórica e social, de se contrapor àqueles que detêm o poder institucional. E, mais do que um adjetivo, como representante '**popular**' ou uma '**nova**' representação, ter uma inserção substantiva na construção coletiva do direito à saúde. **O conceito de alteridade**, pelo seu caráter substantivo, permite o significado da **oposição em presença**. Resta indagar como tomar parte e partido nesse processo de construção do direito à saúde" (Sposati e Lobo, 1992: 372).

Essa forma de compreender a questão traz importante reflexão sobre as diferentes maneiras de dar voz às comunidades. Não se trata apenas de oferecer espaços institucionais, mas também de incluir a comunidade como co-responsável pelo que é público. Esta discussão nos faz retomar a importante questão da cidadania e como estabelecer mecanismos e espaços de participação cidadã nas políticas públicas.

4. As Políticas Participativas no Brasil

4.1 O Momento Político e as Oportunidades:

O processo da democratização nos anos 80 possibilitou a reorganização da sociedade brasileira e abriu caminho para que diversos movimentos sociais colocassem suas demandas na pauta do *poder legislativo*, estabelecendo, assim, grande oportunidade para que tivessem suas batalhas amparadas por lei federal, na constituição que estava por surgir. Tais conquistas representam, hoje, um marco histórico na luta por direitos sociais e reconhecimento da diversidade cultural brasileira.

No caso da saúde, o grande vitorioso na consolidação de suas demandas foi o Movimento pela Reforma Sanitária. Historicamente oriundo dos movimentos populares de saúde de diversas regiões do Brasil, o movimento ganhou força com o apoio da igreja católica, universidades, gestores e trabalhadores da saúde, envolvidos num projeto que visasse uma abordagem mais inclusiva da comunidade e que focasse maior atenção aos níveis locais de atenção à saúde.

Em meio à ditadura militar que assolou o país, de 1964 a 1984, a sociedade brasileira se deparou com uma crescente disparidade no acesso aos serviços de saúde. Após o ciclo expansivo de 1968 a 1973, o país enfrentou uma grave crise econômica, gerando inúmeras dificuldades para o financiamento dos serviços de saúde (Nogueira, 2004). Nesta época, a iniciativa privada, com uma crescente fatia de mercado nas mãos, obtinha grandes regalias e ampliava a abrangência da prestação de seus serviços ao longo da ditadura militar.

É importante ressaltar aqui o importante processo de urbanização das metrópoles brasileiras. Tal processo foi responsável por ampliar exponencialmente o número de pessoas que passaram a habitar as grandes cidades. Não apenas fruto da migração em massa do campo para as cidades, mas também pelo grande crescimento da população nacional. A Cidade de São Paulo viu sua população

dobrar na região municipal e triplicar na região metropolitana entre 1960 e 1980. Dados indicam que, neste mesmo período, a população urbana cresceu de 44% para 67%, enquanto a população rural decresceu de 55% para 32% (Nogueira, 2004).

Muitas críticas estavam sendo feitas ao modelo de saúde que além de caro aos cofres do Estado, era ineficaz. Principalmente, pelo fato de ser um sistema marcado pela exclusão dos setores populares, declaradamente sem o objetivo de atender a toda população. Apesar da concepção sobre saúde já ter progredido muito no cenário internacional, para uma lógica "preventivista" (em contraposição à lógica curativa), o investimento público no Brasil ainda privilegiava a construção de hospitais e centros especializados.

Campos (1991) afirma que neste contexto de grande urbanização das cidades o poder público,

"viu-se obrigado a renunciar as pretensões de regular o ambiente urbano, de planejar a organização das cidades segundo os preceitos de higiene ambiental. A ocupação do espaço urbano obedeceu mais a lógica da especulação imobiliária da invasão desordenada de imensos contingentes migratórios expulsos do campo e dos espaços mais pobres, inviabilizando a preservação de condições sanitárias adequadas" (pg. 42).

Nessa época, o modelo assistencial brasileiro tinha o Estado como grande financiador das ações desenvolvidas e contava com o setor privado nacional como o maior prestador da assistência médico hospitalar, cabendo ao setor privado internacional o fornecimento dos insumos e equipamentos (Silva, 2001).

Desde de 1960 o sistema nacional de saúde esteve vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que possibilitou crescimento e força para o setor. Em 1977 passou a ser gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sem que grandes mudanças no perfil distributivo de recursos para os serviços de saúde fossem realizadas (Coelho, 2007b).

A saúde no Brasil desta época tinha custos muito elevados, oferecendo serviços a uma parcela restrita dos cidadãos e garantia de acesso aos serviços de saúde apenas aos trabalhadores do setor formal. O governo militar, no entanto, encontrava-se numa difícil situação vendo-se obrigado a tomar providências políticas que melhorassem a condição da saúde no Brasil. Campos (1991) aponta a dualidade de interesses do governo autoritário que "implementou uma série de medidas objetivando tornar as ações de saúde mais abrangentes, racionais e modernas, sem que isso alterasse o padrão privatista, curativo e mercantilizado em que eram produzidos os serviços de saúde" (Pg. 91).

Um caso importante na história do movimento pela reforma sanitária foi a mobilização que ocorreu na zona leste de São Paulo, onde foram desenhados os primeiros modelos de conselhos de saúde. Estes espaços de participação popular visavam estabelecer maior transparência e responsabilização (*accountability*) do poder público na prestação dos serviços de saúde. Tais espaços, apesar de terem sido criados paralelamente ao sistema de saúde oficial, tiveram grande influência no desenho das políticas participativas na constituição de 1988 (Shankland e Cornwall, 2007).

"Com a proposta de abertura política do governo Geisel, no início da década de 80, numa conjuntura de dificuldades econômicas e grande insatisfação da população com o governo, a oposição amplia suas bases de sustentação política. Cresce a mobilização da sociedade civil, que passa a reivindicar eleições diretas para presidente da República. Alguns governos estaduais e municipais são ocupados por oposicionistas, entre os quais muitos aliados do movimento sanitário." (Silva, 2001:62).

O movimento conseguiu somar forças sob o opressor regime militar dado que o campo da saúde não encontrou repressão imediata e pode contar desta forma, com o engajamento de profissionais sanitários que tiveram a oportunidade de se envolver com a população sem chamar a atenção da polícia secreta (Shankland e Cornwall, 2007),

Tal fato propiciou que, em varias localidades do território nacional, ocorressem experimentações de:

"modelos alternativos para a organização dos serviços de saúde, em geral influenciados pelos preceitos da medicina comunitária ou pelas recomendações da OMS, relativas ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde" (Campos, 1991:94).

No início dos anos 1980, ampliaram-se os instrumentos de controle social sobre os serviços de saúde em todo o país. Não só foram criados conselhos pelos próprios trabalhadores de saúde em cada local de trabalho, como também crescia o Movimento Popular de Saúde em diversas regiões. Em consequência disso, o número de conselhos de usuários formados por iniciativa da sociedade civil e apoiados pela direção das unidades locais de saúde também cresceu (Campos, 1991).

A pressão popular ganhou força e abriu espaço para maior mobilização partidária; o cenário era de instabilidade política. A luta pela eleição direta para a Presidência da República em 1983-1984 uniu as oposições e permitiu o desencadeamento de uma complexa operação política, além de dar prosseguimento ao processo de abertura. Neste mesmo ano ocorreu ampla mobilização popular; o "Movimento Pelas Diretas Já" reuniu, em abril de 1984, 1,3 milhão de pessoas na cidade de São Paulo.

"A chegada ao poder da Aliança Democrática, em 1985, simbolizou o fim de uma época e redefiniu as condições concretas do fazer político, dando passagem a uma nova dialética entre o Estado e a sociedade." (Nogueira, 2004:22).

Em 1986 ocorre, em meio ao grande alvoroço histórico que atravessava o país, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Tal evento é considerado unanimemente pelo movimento sanitário como um dos grandes marcos pela reforma. O evento reuniu mais de cinco mil participantes de diversos setores da sociedade civil, trabalhadores e gestores de saúde, representantes de sindicatos e prestadores de serviços. Nesta conferência, foi consolidada doutrina do Sistema Único de Saúde

(SUS), sendo este um sistema pautado pela universalidade, igualdade no atendimento, com uma gestão participativa, modelo descentralizado e atendimento integral (Silva, 2001).

"O projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Supunha a reforma do Estado na perspectiva de sua "publicização", a retomada do desenvolvimento econômico compatível com a distribuição mais justa da renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas" (Paim, 1992:31).

Dentro desta lógica, o Movimento pela Reforma Sanitária estabeleceu como importante foco de sua luta a conquista de políticas que possibilitassem à população maior participação no processo decisório de políticas públicas, maior presença no desenho de estratégias, assim como a possibilidade de exercer pressão sobre o poder público por maior transparência na gestão. Tais aspirações serviram de inspiração para o desenho dos conselhos participativos, tanto como um direito da população, como também um mecanismo de "controle social" sobre as políticas propostas pelo governo.

O SUS introduziu a noção de controle social e participação popular enquanto política pública. Os Conselhos de Saúde emergiram dessa estrutura legal como instituições responsáveis por capacitar e propiciar a participação dos cidadãos na governança da saúde.

Instituído a partir da Constituição democrática de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, o Sistema Único de Saúde estabeleceu a saúde como um "Direito de Todos e um Dever do Estado", afirmando desta maneira que constituiria um sistema universal, para toda a população brasileira pautado por uma ideologia democrática, com uma arquitetura participativa e descentralizada, em oposição ao sistema anterior que foi marcado rigorosamente pelo centralismo, autoritarismo e exclusão.

4.2 Os Conselhos Gestores de Saúde:

É neste cenário que foram estabelecidos os Conselhos Gestores de Saúde como um mecanismo criado no seio da democratização do Estado brasileiro, numa das áreas em que foram mais amplamente aceitos. Eles estão hoje implantados em todos os níveis de governo, do local ao federal, funcionando com relativa regularidade em diversas localidades do país e implantados em todos os 5.564 municípios brasileiros (Moreira e Escorel, 2009).

Estes espaços congregam cidadãos representantes da sociedade civil, trabalhadores do sistema de saúde, prestadores de serviço, gestores públicos e representantes do governo, com objetivo de promover a discussão de políticas públicas e planos de governo, assim como de aprovar e participar no desenho e implementação destes. Tais conselhos têm uma distribuição paritária de conselheiros, sendo que metade dos integrantes devem ser usuários dos serviços de saúde e a outra metade de trabalhadores e gestores públicos. Representando, desta forma, os três setores envolvidos na oferta de serviços, na proporção de 50% para usuários representantes da sociedade civil e os outros 50% por trabalhadores e gestores do sistema.

Os conselheiros têm a função de auxiliar os gestores públicos a definir prioridades e apontar demandas populacionais relacionadas ao território no qual estão envolvidos. Tais espaços podem servir como importante ferramenta quando se trata de considerar conhecimentos ligados ao nível local, assim como estabelecer comunicação entre o poder público e a comunidade, na negociação de demandas da população local e sobre tradições culturais e saberes locais desenvolvidos em resposta às necessidades do dia a dia.

Os conselhos de saúde são foros políticos garantidos por lei, amparados pelo capítulo 1º do decreto 8.080 da Lei Orgânica da Saúde de 1990. A lei 8.142 do mesmo ano, estabelece que o SUS deve contar, em cada esfera de governo, com um conselho de saúde que atuará na formulação de estratégias e no controle da

execução da política de saúde na instância na qual se insere, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O grande poder concedido aos conselhos municipais de saúde está diretamente ligado à lei 8.142, que define que para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, municípios, estados e Distrito Federal devem criar e manter funcionando seus respectivos conselhos. Além disso, foi garantido o dever dos conselhos de aprovar os planos de meta e a prestação de contas das Secretarias Municipais de Saúde para que a transferência de recursos federais ocorra. Tal transferência equivale a 55% do orçamento público do setor e, caso o conselho não aprove o plano ou o orçamento municipal, o Ministério da Saúde não transfere os fundos ao município (Coelho, 2007a, Moreira e Escorel, 2009).

Neste sentido, a garantia de tornar os conselhos uma realidade institucionalmente formalizada é resultado de uma indução promovida por processos de descentralização que condicionaram a transferência de recursos financeiros para os níveis sub-nacionais de governo para a criação destes fóruns (Cortês, 2007). Tal mecanismo de repasse de fundos federais para os municípios propiciou que até o ano de 2007 todos os 5.564 municípios do Brasil tivessem implantado seus Conselhos Municipais de Saúde⁹.

"O modelo de descentralização do SUS, caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais. Além disso, a extensão das transferências inter-regionais no âmbito do sistema de saúde é significativa no Brasil. Mais que isso: o sistema nacional de saúde pretendeu acentuar seu caráter redistributivo com a introdução do piso da atenção básica (PAB), na norma operacional básica 98, que é um mecanismo de transferências federais para os programas municipais de saúde, calculados em termos per capita" (Arretche e Marques, 2003:174).

⁹ Dado da Pesquisa: Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS

A mudança na forma de transferência de recursos federais para as municipalidades em termos per capita causou grandes mudanças na oferta de serviços, principalmente nos pequenos municípios. Privilegiados pelo mecanismo anterior, as grandes cidades, detentoras de maior número de instrumentos para oferta de serviços de saúde, recebiam maior quantidade de recursos, uma vez que estes eram distribuídos de acordo com o número de atendimentos ofertados. Enquanto municipalidades menores, cujos equipamentos eram escassos, recebiam menor repasse federal e, portanto, permaneciam sem recursos para investir na construção de infra-estrutura ou de novas estratégias de atenção à saúde. Tal processo, vinculado ao movimento de municipalização, garantiu mais autonomia às municipalidades para investir em áreas prioritárias e consideradas mais apropriadas de acordo com as necessidades do território sobre o qual eram responsáveis.

Com tais processos de municipalização e descentralização, os governos municipais passaram a assumir papel de maior responsabilidade tanto no planejamento, quanto na prestação de serviços (Coelho, 2007a). Se pensados conjuntamente com o poder conferido aos conselhos, este novo cenário poderia gerar uma *accountability* mais efetiva, o que garantiria atrelar o desenho de políticas públicas ao território.

Conforme apontado por inúmeras pesquisas, é de comum acordo que a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório (Moreira e Escorel 2009, Coelho 2007a, Cortês, 2007).

Em 2007, o número de conselheiros em todo Brasil chegou a mais de 72.000, quando os conselhos já haviam sido implementados em todos os municípios nacionais (Moreira e Escorel, 2009). Em nenhum outro lugar do mundo esforços tão grandes foram feitos no sentido de institucionalizar a participação cidadã no sistema público de saúde (Shankland & Cornwall, 2007). Isso demonstra que existe hoje no Brasil um sistema capilarizado que conta com um grande número de

pessoas envolvidas com as políticas de saúde e que passam a ser, desta forma, conhecedoras do funcionamento do sistema e, conseqüentemente, a ser não apenas consumidores do serviço, mas cidadãos possuidores de direitos e responsabilidades para com a saúde de suas comunidades.

É notável ainda que no Brasil o Sistema Único de Saúde completou 20 anos sem que nenhuma intervenção autoritária fosse tomada no sentido de transformar ou alterar o SUS, o que é um fato inédito na história do país (Moreira e Escorel, 2009). Pela primeira vez foi estabelecido um sistema duradouro, com investimentos de longo prazo, que tem sobrevivido a diferentes governos e superado dificuldades, principalmente no que tange o financiamento de um sistema tão complexo e amplo como o SUS. Alguns autores atribuem o fato de resistência tão duradoura do sistema ao amplo escopo e apoio dos cidadãos envolvidos com tais políticas (Shankland e Cornwall, 2008).

Participação e Controle Social estão na pauta política do governo até os dias de hoje e é tema de destaque estando entre as prioridades do Ministério da Saúde. No ano de 2008 foi apontado como um entre os sete eixos norteadores e principais medidas do Programa Mais Saúde (PAC -Saúde como foi chamado inicialmente). Tal programa tem como objetivo:

"consubstanciar um plano de trabalho detalhado de investimento e atuação prioritária do Ministério da Saúde para o quadriênio 2008-2011, enquanto componente da estratégia nacional de desenvolvimento associada ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)" (IPEA, 2008:85-86).

Este documento prevê um total de recursos de quase R\$300.000.000,00 a serem investidos na:

"dotação dos conselhos de saúde de infra-estrutura e apoio logístico para exercerem seu papel no controle social; apoio à educação permanente de agentes e conselheiros para o controle social e a ação participativa; Implantação do sistema nacional de ouvidoria de SUS; expansão da divulgação e do uso pela população da Carta de Direitos do Usuário da Saúde; implantação do Portal dos Direitos do Usuário dos Serviços de Saúde" (Ibid).

4.3 Dificuldades Enfrentadas pelos Conselhos

Jovchelovitch e Guareschi (2004) apontam que existe hoje abundante literatura¹⁰ examinando o papel, os obstáculos e a complexidade dos processos participativos no que concerne à redução de desigualdades em saúde e melhora das condições de saúde de populações pobres.

Em muitos casos, os conselhos enfrentam grandes dificuldades em cumprir com a responsabilidade de acompanhar o orçamento municipal e aprovar planos de meta, principalmente pelo fato de enfrentar freqüentes obstáculos pelo pouco conhecimento técnico, assim como pela falta de estrutura para organização de suas produções e custos envolvidos na sua participação (disponibilidade para reuniões estudos técnicos, produção de materiais etc.) (Moreira e Escorel, 2009).

Uma grande parte da literatura aponta que a institucionalização dos conselhos *per se* não garante que estes espaços sejam deliberativos, dotados de poder de negociação com o poder público e que tal mecanismo, se considerado isoladamente, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado (Moreira e Escorel, 2009, Coelho, 2007a, Cortês, 2007).

Mais do que isso, com certa frequência a análise realizada sobre os conselhos é feita com olhos pessimistas e aponta as dificuldades dos conselhos em cumprir com as tarefas que lhes foram atribuídas inicialmente. O fato de que muitos conselhos foram criados pela indução do governo federal, através do condicionamento da transferência de recursos à existência destes espaços, gerou como reação a criação de outros artifícios por parte das Secretarias Municipais de Saúde e governos locais, para minimizar a atuação destes.

Como conseqüência da institucionalização, estes conselhos não necessariamente representam uma conquista da sociedade civil organizada de

¹⁰ Citando: Campbell & Jovchelovitch; Craig & Mayo; Dhillon; Kahssay & Oakley; Morgan; Muller; Nelson & Wright; Rahman; White.

cada localidade por maior participação e pode contar, desta forma, com conselheiros pouco conhecedores de suas atribuições, responsabilidades, direitos e deveres.

Aponta-se como primeira necessidade para que a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde logrem sucesso o reconhecimento e a legitimação do conselho por todos atores políticos envolvidos no processo. Não apenas dos gestores nos cargos de comando, mas por todos que têm assento nos conselhos e, também, de todas as instituições que participam do processo decisório das políticas públicas de saúde.

A dependência desses conselhos de condições adequadas para seu funcionamento é outro gargalo quando consideramos a autonomia destes espaços. Os conselheiros não recebem remuneração por seu trabalho e, por força de lei, está a cargo da Secretaria Municipal de Saúde prover infra-estrutura, recursos humanos e financeiros para existência e funcionamento dos conselhos (Moreira e Escorel, 2009).

Em pesquisa¹¹ sobre o perfil dos conselhos no Brasil, realizada pela FIOCRUZ/ENSP, foi revelado que 65% dos conselhos têm dificuldades com o fator “autonomia dos conselhos” que consideram como insuficiente. Tal indicador aponta a capacidade dos conselhos em gerirem ou administrarem a si mesmos, à capacidade de articulação dos conselhos com outros órgãos tanto da sociedade civil como do poder público, à capacitação dos conselheiros e às condições físicas de infra-estrutura, para desempenho de suas atribuições.

"A redução da autonomia dos CMS reflete-se em sua organização, mormente no que se refere a instâncias internas (mesa diretora, secretaria executiva e comissões permanentes), que necessitam de local para funcionar, funcionários para sistematizar seus trabalhos e organizar documentos, recursos para custear seus gastos cotidianos etc. Como estas são importantes para o bom funcionamento dos conselhos, cabendo-lhes tarefas estratégicas como a apreciação inicial e a triagem de assuntos que serão debatidos em plenário, a

¹¹ Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS

elaboração de pareceres técnicos e a tomada de decisões administrativas e normativas, sua inexistência afeta a qualidade da participação dos conselheiros no processo decisório. Essa é ainda mais prejudicada nos CMS em que a SMS, além de não viabilizar as condições de autonomia, exerce a presidência, cargo que lhe permite concentrar e controlar o poder de agenda, a pauta de discussão e, portanto, o rumo das reuniões e decisões" (Moreira e Escorel, 2009:799).

Em tal situação percebemos que os conselhos desempenham suas funções de forma bastante tímida, tanto no sentido de viabilizar demandas da sociedade civil e colocar em pauta no debate nos momentos de decisão de políticas públicas, como em fiscalizar e acompanhar o trabalho da secretaria da saúde, como esperado pelo seu papel no controle social.

Muitos autores¹² atribuem estas dificuldades dos conselhos à:

"tradição autoritária do Estado brasileiro; a presença de uma cultura política autoritária que em muitos casos dificulta reconhecer e respeitar o outro como cidadão; a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores estatais em aceitarem participar destes fóruns" (Coelho e Nobre, 2004:02)

"Com isso, a participação social que era esperada como uma decorrência quase natural do processo de descentralização e abertura política passou a ser vista como dependente de fatores sócio-culturais que são fortemente arraigados na nossa história e estão fora do controle dos agentes envolvidos na gestão dessa política. Esse diagnóstico recolocou a questão da participação em novos termos uma vez que a qualidade da participação social passou a ser interpretada como sendo determinada endogenamente num processo de contínua realimentação das desigualdades, seja porque os mais pobres seguirão excluídos e carentes de recursos para articular suas demandas" (Coelho & Nobre, 2004: 03).

A frequente divergência de interesses entre gestores do sistema com trabalhadores e usuários, gera uma situação de pouca valorização dos conselhos no desenho de políticas públicas e dificulta o trabalho conjunto dos diversos setores representados. Além disso, a disparidade de saberes, entre técnicos e não técnicos hierarquicamente posicionados em cargos de poder, gera ainda maior

¹² Sposati e Lobo; Abrasco; Cohn, Elias e Jacobi; Carvalho; Andrade; Viana; Carneiro Apud Coelho e Nobre 2004.

desentendimento entre os que "sabem" e os que "não sabem", distanciando a população de cidadãos do controle sobre as políticas de saúde.

Ao contrário do que se pensava anteriormente, que com a criação dos conselhos se delegaria o poder decisório das mãos do Estado para a população, vê-se agora que ocorre justamente o oposto. Pesquisas recentes¹³ apontam que "um bom processo participativo não é o que reduz o envolvimento do governo nas decisões. Ao contrário, o comprometimento ativo do Estado é crucial para fomentar a participação dos cidadãos" (Coelho, 2007a: 81).

Se pensada desta maneira, a participação traz em si um desafio inerente ao seu papel. Exige que haja esforço por parte do Estado de que grupos tradicionalmente excluídos do processo decisório estejam presentes ali e, mais do que isso, participando dele. O desafio consiste justamente no fato de que estes grupos expõem os limites das políticas vigentes e afirmam o permanente conflito que emerge na negociação de políticas de desenvolvimento econômico e de cidadania.

Neste sentido, a compreensão sobre o conhecimento e interesses da população referida ao território é de extrema importância e fonte geradora de constante tensão, pois serão estes indivíduos que conjuntamente ao poder público estabelecerão as ações prioritárias e o destino das verbas públicas a serem investidas na saúde.

Sem que haja especial atenção às realidades locais e ao conhecimento das populações, os projetos de envolvimento e desenvolvimento comunitário permanecerão parciais. A grande dificuldade apontada aqui refere-se à valorização dos saberes e à crítica de que os agentes externos proponentes das atividades de desenvolvimento "sabem mais" do que os agentes locais (Jovchelovitch, 2000).

13 Abers, Baiocchi e Wampler & Avritzer apud Coelho 2007.

Ao apontar para as dificuldades enfrentadas pelos conselhos de saúde pretendo abrir caminho para uma análise que possibilite compreender o processo participativo levando em consideração a complexidade da institucionalização de tais políticas. Valorizando assim, os pontos citados nos capítulos anteriores e demonstrando os desafios enfrentados nos últimos vinte e um anos no Brasil.

5. Conclusão:

Jovchelovitch (2000) afirma que ainda há muito trabalho a ser realizado no sentido de se examinar os processos pelos quais redes sociais e relacionamentos intra-comunitários, afetam a saúde das populações. No Brasil, como sabemos, a relação entre saúde e democracia está nas raízes do movimento pela reforma sanitária. Fica, no entanto, a pergunta sobre quais foram os resultados da institucionalização da participação na saúde das populações?

A primeira consideração que devemos fazer é que a adoção de mecanismos participativos oferece uma grande contribuição para o modelo de oferta de serviços públicos e, talvez, um modelo inclusivo e cidadão tenha um impacto mais preciso na saúde das populações. Neste sentido, a literatura frequentemente preocupa-se em avaliar quais foram as conquistas e os desafios na inclusão de novos atores sociais na arena política e como a participação tem influenciado o desenho de políticas públicas. Destaca que a existência destes espaços possa propiciar um maior envolvimento da população em questões políticas, gerando maior engajamento dos setores tradicionalmente excluídos na questão da saúde. Nesse sentido, acredita-se que os conselhos possibilitem uma nova forma de representação política e de cidadania contribuindo para um sistema mais adequado às demandas populares.

Outra perspectiva adotada pela literatura sobre o tema aborda a participação em saúde como estratégia ou, até, como elemento essencial para a promoção de saúde, cuja função é estabelecer políticas sustentáveis relacionadas ao nível local e que considerem o envolvimento popular como essencial para o comprometimento das comunidades com a saúde. Assim, acredita-se que a participação possa ter um papel transformador na maneira pela qual a sociedade civil se organiza entorno da questão da saúde, e os impactos que a participação possa ter indiretamente na saúde destes grupos sociais.

Muito ainda precisa ser investigado a esse respeito, mas acredito que uma melhor compreensão das questões trazidas aqui possa apontar para uma maneira mais ampla de compreender o movimento gerado nas relações entre Estado e sociedade, e a maneira pela qual cada esfera modifica e é modificado pelas ações da esfera oposta.

Seria preciso, ainda, estabelecer foco mais restrito, para conhecer melhor as dinâmicas territoriais e históricas, de uma localidade específica para que seja possível compreender qual o impacto das políticas participativas na saúde dos cidadãos. Neste sentido, maiores investigações sobre a possibilidade de estabelecer indicadores que apontem quais elementos precisam ser realizadas, para identificar a maneira que a participação esta relacionada a promoção de saúde.

Ao fim deste trabalho acredito que podemos compreender que através dos espaços de participativos seja possível a “construção de conhecimentos” (*Capacity Building*) para gerar cidadãos mais engajados com a construção de “ambientes” saudáveis (proposta também ligada aos projetos de Agenda 21 e Cidades Saudáveis) e que, por meio deste tipo de políticas seja possível estabelecer ações sustentáveis de promoção de saúde (*Sustainable Health Promotion Actions*) que possibilitem ao governo acessar as demandas populares (*Needs Assessment*).

O tema é de grande visibilidade no cenário internacional atual, visto que os conceitos citados no parágrafo anterior foram publicados como idéias chaves para promoção de saúde pela OMS, como novos elementos importantes para o desenvolvimento de comunidades. Este documento "Glossário de Novos Termos para Promoção de Saúde", publicado pela Organização Mundial da Saúde, propõe 10 novos termos cujas concepções diferenciam ações de promoção de saúde de práticas tradicionalmente curativas em saúde (Smith, Tang e Nutbean, 2006).

No Brasil, descrevemos parte de uma experiência muito rica e interessante que deve ser alvo de maiores investigações que possam futuramente colaborar com

outros sistemas de saúde, assim como possibilitar maior compreensão dentro de nosso próprio país. O reconhecimento das dificuldades históricas brasileiras é fundamental, e torna o desafio ainda mais complexo na construção da realidade de amanhã.

A psicanalista Kehl (2005), demonstra que, "faltou reconhecer, na população de brasileiros, a existência de homens unidos pela lei e capazes de compartilhar de uma certa imaginação que lhes permita transpor os limites da vida particular e doméstica e representar, como comuns, determinados sentimentos, valores, princípios, e normas para a construção de um destino próprio." (Starling, H. M. apud Kehl, 2005: 178)

Estudos recentes têm demonstrado que em certas circunstâncias¹⁴ os conselhos podem sim incluir segmentos sociais menos favorecidos, e principalmente, desempenhar papel importante na definição de políticas públicas. A experiência brasileira.

O sonho e a batalha de muitos sanitaristas de construir um sistema participativo esbarrou em diversos obstáculos, mas encontrou na sociedade brasileira a oportunidade de se instalar e estabelecer raízes já completaram mais de vinte anos e conquistaram todos os municípios do país. Resta agora a nós tornar estes fatos históricos, e saber analisar, à luz de nosso tempo, as contribuições que estes fatos nos trazem.

¹⁴ Coelho aponta que "Tais análises enfatizam três fatores determinantes. Em primeiro lugar, sugerem a importância de processos de organização e mobilização da sociedade civil. Em segundo, indicam que o sucesso desses foros depende do comprometimento das autoridades públicas com o projeto participativo. Em terceiro, ressaltam que o desenho institucional é crucial para o sucesso dos conselhos." Coelho (2007a).

6. Referências Bibliográficas:

BORDENAVE, Juan E. Diaz. O que é Participação? São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

CAMPBELL, Catherine; JOVCHELOVITCH, Sandra. Health, Community and Development: Towards a social psychology of participation [online]. London: LSE Research Online, 2000. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/2587>
Acesso: 10/11/2009

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Saúde Pública e a defesa da Vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

COELHO, Vera S. "A Democratização dos Conselhos de Saúde". *Revista Novos Estudos*. N. 78; pg. 77-92. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências, 2007a.

COELHO, Vera S; SILVA, Nílian. "Has the distribution of public health services become more equitable? Reflecting on the case of São Paulo". In S. Shantayanan & I. Widlund. *The Politics of Service Delivery in Democracies. Better Services for the Poor*. EGDI. Ministry for Foreign Affairs. Stockholm, 2007b.

COELHO, Vera S; NOBRE, Marcos. Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

CORTÊS, Soraya Vargas. Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Pública Municipais: Arcabouço Institucional, Organização do Movimento Popular e Policy Communities In: Hochman, G. Arretche, M. Marques, E.(Org.) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Pg. 125-143.

Declaração de Adelaide, Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Austrália, 5-9 abril 1988. World Health Organization. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>> Acesso em: 16/11/09

Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional de Cuidados Primários, Alma-Ata, USSR, 6-12 setembro 1978. World Health Organization. Disponível em: <
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf > Acesso em: 09/11/09

DRAIBE, Sonia M. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico, e Cidadania: Algumas Lições da Literatura Contemporânea. In: Hochman, G. Arretche, M. Marques, E.(Org.) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Pg. 27-64.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. Participation, Health and Development of Community Resources in Southern Brazil. London: LSE Research Online, 2004. Disponível em: <<http://eprints.lse.ac.uk/2629>> Acesso: 12/11/09

IPEA, Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, vol. 16. Novembro 2008.

KEHL, Maria Rita. O Ressentimento Camuflado da Sociedade Brasileira. Revista Novos Estudos. N. 71; pg. 163-180. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências, 2005.

LALONDE, M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare. Canada, 2007

Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l8080.htm> Acesso em: 16/11/09

Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l8142.htm> Acesso em: 16/11/09

MARQUES, E. C.; ARRETCHE, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde In: Hochman, G; Arretche, M; Marques, E.(Org.) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Pg. 173-204.

Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS, Ministério da Saúde - DCS/NUPES-DAPS/ENSP/FIOCRUZ. Disponível em:
<www.ensp.fiocruz.br/participanetsus> Acesso: 10/11/09

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciência Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15/11/09

MORGAN, L. M. Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), pg. 221-230. 2001

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a municipalização. Saúde e sociedade, v. 1, n. 2, São Paulo, 1992. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12/11/09.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estudos Avançados, v. 13, n. 35, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acesso em: 11/11/09

SANTOS, Milton. Pensando o Espaço do Homem. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SILVA, Silvio Fernandes da. Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SHANKLAND, Alex; CORNWALL, Andrea. Engaging Citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Social Science & Medicine*, v. 66 pg. 2173-2184. Sussex, 2008.

SHANKLAND, Alex & CORNWALL, Andrea. Realizing Health Rights in Brazil: The Micropolitics of Sustaining Health System Reform. *Development Success*, V 08, p 163-188. Sussex, 2007.

SMITH, Ben J; TANG, Kwok Cho; NUTBEAM, Don. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Oxford University Press, 2006. Disponível em:
<<http://www.who.int/healthpromotion/about/HP%20Glossay%20in%20HPI.pdf>>
Acesso em: 16/11/09

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.
Acesso em: 29/10/09.

STROEBE, W. *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press, 1995.

WESTPHAL, Márcia Faria. "O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida". *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n1, p 39-51, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 26/10/09