



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Arena Ventura, Carla Aparecida; Jussara Miwa, Marcela; Serapioni, Mauro; Serena Jorge,
Márjore

Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, núm. 63, outubro-diciembre, 2017,
pp. 907-920

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153125015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Cultura participativa:

um processo de construção de cidadania no Brasil

Carla Aparecida Arena Ventura^(a)Marcela Jussara Miwa^(b)Mauro Serapioni^(c)Márjore Serena Jorge^(d)

Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, Jorge MS. Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):907-20.

This study aims to describe the elements – context and resources – influencing social participation in a Municipal Health Council (MHC). It is a descriptive research using a qualitative approach. Data collection was done through direct observation of the MHC dynamics and semi-structured interviews with its members. Data analysis was based on thematic analysis, aiming to fit into the categories established by World Health Organization (WHO) regarding the dimensions of context and resources that influence participatory culture, such as: i) awareness related to political participation; ii) civil society organization; iii) structures and spaces; iv) resources; v) knowledge; and vi) impact of policies and past practices. As a result, authors found problems with regards to these components, as well as the fact that social participation is still weak and its biggest obstacles are related to communication between stakeholders and social institutions.

Keywords: Social participation. Municipal health council. Participatory culture.

Este estudo pretende descrever os elementos – contexto e recursos – que influenciam a participação social em um Conselho Municipal de Saúde (CMS). Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de observação direta da dinâmica do CMS estudado e de entrevistas semiestruturadas com seus membros. A análise dos dados baseou-se na análise temática, visando aproximar as categorias obtidas com as categorias estabelecidas pela OMS sobre as dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a cultura participativa, quais sejam: i) políticos conscientes da questão da participação; ii) organização da sociedade civil; iii) estruturas e espaços; iv) recursos; v) conhecimento; e vi) impacto das políticas e práticas anteriores. Como resultado, constatou-se que os componentes são deficientes e a participação popular é ainda precária, e os maiores obstáculos são aqueles relacionados à comunicação entre vários atores e instituições sociais.

Palavras-chave: Participação social. Conselho municipal de saúde. Cultura participativa.

^(a) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP-RP). Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-902. caaeventu@eerp.usp.br

^(b) Pós-doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP-RP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. marcelajmiwa@yahoo.com.br

^(c) Pós-doutorando, Fundação para a Ciência e a Tecnologia de Portugal. Investigador, Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. mauroserapioni@ces.uc.pt

^(d) Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil. marjore.serena@hotmail.com

Introdução

A proposta de participação da sociedade em projetos políticos de qualquer natureza surgiu a partir da década de 1940 com duas finalidades: reforçar os mecanismos de democracia, abalados mundialmente pelas duas grandes guerras, e, também, como uma maneira de minimizar as responsabilidades crescentes do Estado moderno-neoliberal para com os cidadãos¹. Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, o direito à saúde foi proclamado como um direito humano fundamental, consolidado com o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966. Posteriormente, a Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária de 1978, além de outras Resoluções e Declarações aprovadas no contexto da Organização Mundial da Saúde (OMS), fundamentam a compreensão da participação social como meio de defesa do direito à saúde.

Nesse sentido, embora o surgimento da prática da participação social tenha sido, inicialmente, motivado pela necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado, é possível, por meio dessa participação, lograr o avanço na construção de uma rede de serviços de saúde em que todos os envolvidos lutem por seus direitos e estejam comprometidos com o coletivo. No âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), a participação social pode contribuir para a organização de uma rede de saúde local mais resolutiva e equânime, emergindo como espaço democrático para a manifestação da participação social.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde² construiu um modelo de cultura participativa, enfatizando as dimensões de contexto e recursos que influenciam a participação social. Este estudo pretende descrever os elementos – contexto e recursos – que influenciam a participação social em um CMS do interior do estado de São Paulo. Visando-se alcançar tal objetivo, em um primeiro momento, apresenta-se a relação entre a participação social e o Sistema Único de Saúde, elencando os componentes necessários para a participação; posteriormente, abordam-se a história, estruturação e competências dos CMS; e, por fim, discutem-se a construção e as lacunas da cultura participativa do CMS estudado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e participação social

Desde a Constituição brasileira de 1988, a participação social é assegurada no Sistema Único de Saúde, estimulando a compreensão, o controle e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado. Constitui uma forma de realizar a democracia, que representa um sistema de governo em que as decisões políticas seguem as necessidades e as orientações dos cidadãos, por meio de seus representantes (vereadores, deputados e senadores) ou, diretamente, pelo povo. Com a participação social, os cidadãos podem interferir no planejamento, realização e avaliação das atividades do governo em relação à garantia do direito humano à saúde³.

Contudo, mesmo com essa abertura democrática para manifestação política da sociedade civil, constata-se deficiências na participação social. Já no início dos anos 2000, Baquero⁴ apontou que ainda prevalecia o princípio da exclusão social na política nacional, que “longe de estar construindo uma cultura política participativa e democrática, materializa-se como uma cultura política fragmentada e individualista, com pouco capital social” (p.103).

Recorrendo à acepção latina de cultura, que deriva do verbo latino *colere*, significando cultivo ou cuidado, “uma ação que conduz à plena realização das potencialidades de alguma coisa ou de alguém”⁵ (p.55), entende-se que a construção de uma cultura participativa, que respeita “a autonomia das pessoas e seus direitos”² (p.18), demanda tempo, necessitando de um terreno propício para que as potencialidades possam florescer e se manifestar. Levando-se em conta que, no caso do Brasil, a exclusão social na política ainda se faz presente, paradoxalmente, deve-se contar com a colaboração dos governos e representantes políticos para a construção das condições necessárias para a emergência da participação social.

Como forma de diminuir as desigualdades sociais em saúde, os governos podem criar mecanismos para facilitar a participação social, assegurando uma representatividade mais equitativa e visando

garantir “a legitimidade e dar voz a todas as partes envolvidas”² (p.13). Isso se daria por meio da institucionalização de mecanismos formais, transparentes e públicos, oferecendo incentivos, subsídios, acesso à informação e treinamento às partes interessadas, aumentando a autonomia das comunidades, atingindo melhor os grupos carentes e lidando com os conflitos de interesse existentes.

Por sua vez, a sociedade civil também deve se responsabilizar pela construção de uma nova cultura participativa. “O envolvimento das comunidades monitorando a responsabilidade sobre as decisões tomadas é particularmente importante”² (p.18). Além do monitoramento sobre a implantação de políticas e seus resultados, a sociedade civil pode contribuir conscientizando o público sobre as iniquidades em saúde, ajudando as comunidades a se organizarem e defendendo uma governança mais inclusiva². É o que Carvalho⁶ classificaria de “empowerment comunitário”: cujo “aspecto central é a possibilidade de que os indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas, também, um pensamento reflexivo que qualifique a ação política” (p.1092).

Segundo a Organização Mundial de Saúde², além de governos e políticos sensíveis à questão da participação e de uma sociedade civil organizada e mobilizada em defesa de seus interesses e direitos, a construção de uma cultura participativa depende de quatro componentes fundamentais:

a) estruturas e espaços que permitam que a participação ocorra, o que inclui estruturas políticas, físicas e institucionais, por exemplo, no caso da participação em saúde, é importante que haja instituições apropriadas para a manifestação e apresentação de demandas das comunidades. Além disso, é importante que esses locais apresentem infraestrutura adequada para receber os segmentos sociais, como: espaço físico adequado, horários de atendimento e reuniões acessíveis à população;

b) recursos: as partes necessitam de tempo, dinheiro e capacidade institucional para promoverem sua participação e defenderem seus interesses. A disponibilidade de recursos não depende apenas do governo, a própria sociedade civil pode oferecer incentivos para a participação e “ajudar as comunidades a identificar as questões que deveriam priorizar”² (p.19);

c) conhecimento: as informações devem estar disponíveis ao público e os participantes devem possuir conhecimento suficiente para participarem e entenderem os processos burocráticos. A oferta de cursos de capacitação e treinamento, tanto para representantes dos diferentes segmentos sociais (gestores, profissionais e representantes dos usuários) como para a própria comunidade, contribui para a construção do conhecimento e fortalecimento da cultura participativa;

d) o impacto de políticas e práticas anteriores na participação e sua relação com o governo: as experiências que os grupos sociais possuem sobre sua relação com os governos e instituições de participação podem influenciar as percepções e formulações políticas. “Grupos que sofrem discriminação serão muito refratários a integrarem mecanismos de participação”² (p.19). A crise na representatividade, isto é, os segmentos sociais não se sentirem representados, também desestimula o cultivo de uma cultura participativa. A Figura 1 ilustra as dimensões do contexto da cultura participativa e dos recursos que influenciam a participação social.

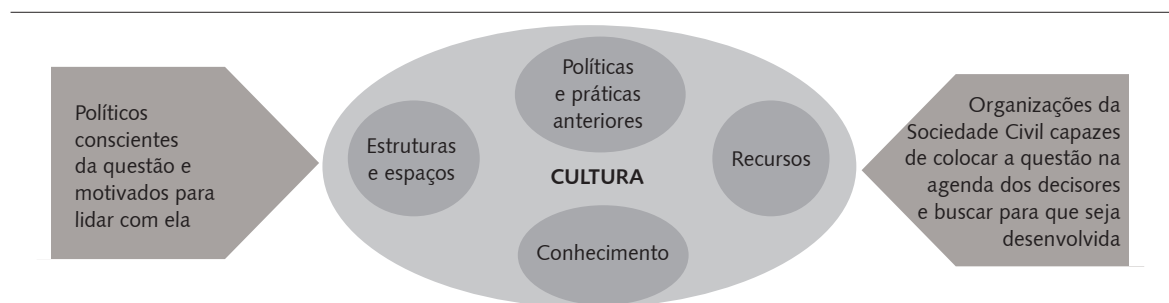


Figura 1. Dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social.

Fonte: OMS, 2011.

Nesse cenário, para auxiliar a sociedade no exercício da participação social na área da saúde, há várias esferas de participação popular no âmbito da hierarquia do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (federal, estadual e municipal). Este estudo foca o Conselho Municipal de Saúde como órgão de participação social.

Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

Em 1990, com a lei nº8.142/90, estabeleceu-se: a criação de conselhos de saúde em nível federal, estadual e municipal com caráter permanente e deliberativo, como órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários⁷ com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde, sendo responsabilidade dos Conselhos divulgar os trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local de reuniões.

Os CMS têm, portanto, uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde e na reformulação das relações entre gestores, profissionais e usuários. Nesse sentido, espera-se que os CMS funcionem como instâncias de participação social, como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem^{8,9}.

Contudo, por vezes, os conselhos são pouco efetivos na inserção das camadas populares nos embates políticos e reivindicação de direitos pela precariedade da comunicação, e da transmissão de informações entre os conselheiros e entre eles e sua própria base de apoio¹⁰, o que desestimula o engajamento e a participação. Nesse contexto, a questão da representatividade também é problemática, pois “nem sempre os representantes dos usuários e as associações de pacientes conseguem ser representantes das necessidades de toda população e, sobretudo, dos setores sociais mais desfavorecidos”¹¹ (p.4834).

Objetivos e métodos

Este estudo apresenta como objetivo descrever as dimensões do contexto da cultura participativa e dos recursos que influenciam a participação social em um CMS do interior do estado de São Paulo.

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de observação direta da dinâmica do CMS estudado e de entrevistas semiestruturadas com seus membros. Para a realização da observação direta, um dos autores deste estudo frequentou as reuniões do CMS, como ouvinte, durante o período da coleta de dados, com o intuito de obter maior número de informações sobre a dinâmica do CMS e a atuação dos conselheiros. Essa observação pautou-se em um roteiro preestabelecido sobre: a dinâmica das reuniões, quórum, segmentos que mais se manifestavam e a presença da população, fornecendo-nos dados sobre os elementos recursos, estruturas e espaços. Quanto às entrevistas semiestruturadas, propiciaram informações sobre: conhecimentos, políticas e práticas e cultura, assim como sobre as relações com o ambiente externo, especialmente, com políticos e organizações da sociedade civil.

A análise dos dados coletados por meio de observação e entrevistas baseou-se na análise temática de Bardin¹², por meio da leitura exaustiva do material para organização dos dados e posterior identificação e sistematização de unidades temáticas. Ressalta-se que essa análise procurou aproximar as categorias identificadas com as dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a cultura participativa visualizadas na figura da OMS², quais sejam: i) políticos conscientes da questão da participação; ii) organização da sociedade civil; iii) estruturas e espaços; iv) recursos; v) conhecimento; e vi) impacto das políticas e práticas anteriores. Primeiramente, dois autores realizaram a leitura minuciosa do material separadamente, revisando os dados da observação e as entrevistas, explorando, organizando e identificando unidades temáticas e suas subcategorias. Depois, os outros dois autores revisaram as análises e as categorizações, estabelecendo os temas principais. Os resultados dessa segunda etapa foram submetidos à apreciação de todos os autores até chegarem a um consenso sobre as unidades temáticas finais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nº do protocolo: 1450/2011.

Resultados e discussão: cultura participativa – contexto e recursos

Na época da pesquisa, foram identificados 26 membros titulares no CMS estudado, sendo que 13 (50%) eram representantes dos usuários do SUS e os outros 50%, representantes de entidade dos profissionais de saúde, prestadores de serviço, comunidade científica e governo. Nove foram entrevistados – dois gestores, dois prestadores de serviço e cinco representantes dos usuários – com tempo médio de atuação no CMS de cinco anos. Entre os entrevistados, seis eram homens e três, mulheres, que ocupavam as seguintes profissões: administrador de empresas, médico, farmacêutico, gestor administrativo, assistente social, serviços gerais, segurança, microempresário e aposentado. Desses participantes, apenas um era solteiro. Cada entrevista durou, em média, uma hora.

A seguir, apresentam-se as unidades temáticas de acordo com as dimensões de recurso e contexto que influenciam a cultura participativa com base no modelo proposto pela OMS.

i) Governo e políticos conscientes da questão da participação

Dificuldades na integração entre o CMS e outros órgãos do Governo

O funcionamento e atuação do CMS dependem de sua relação com outras esferas da sociedade, especialmente, o governo. Sobre esse assunto, os conselheiros mencionaram a necessidade de receberem maior atenção, por parte do governo, às suas solicitações.

“Nossos governantes até enxergam a gente como Conselho quando há a necessidade de algum interesse próprio deles, mas quando nós vamos reivindicar, questionar que determinada ação está errada, aí eles perguntam, o que você está fazendo aqui. (...). Nossos governantes precisavam ouvir mais os Conselhos, ouvir mais a sociedade organizada, porque nós temos ideias gratuitas para levar e eles esquecem esse de espaço de discussão da comunidade”. (C1)

O pouco comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia leva à descrença da população na possibilidade concreta de efetivação democrática, acarretando a diminuição da participação da população no controle social e na situação de preservação e continuísmo de um regime autoritário¹³. Reconhece-se que a organização dos grupos sociais e o conhecimento dos trâmites burocráticos da esfera pública facilitam o diálogo com o Estado^{14,15}. No entanto, grupos organizados com pouca representatividade, laços de pertencimento e projetos frágeis, atuando apenas por interesses, especialmente econômicos, não são capazes de ampliar as relações democráticas entre população e governo nem colaboram para a justiça e emancipação popular¹⁶.

ii) Organização da sociedade civil

Falta de quórum deliberativo

Conforme mencionado anteriormente, uma sociedade civil organizada apresenta um diálogo melhor com o governo, entretanto, no caso do CMS estudado, notou-se uma desarticulação dos representantes dos segmentos sociais. Nas observações realizadas, percebeu-se que a falta de quórum deliberativo é um fator que gera incômodo nos conselheiros que frequentam e se comprometem com as reuniões do Conselho, pois declaram que disponibilizam tempo e energia para se dedicarem a uma causa que consideram importante e que são prejudicados por outros membros que não assumem a responsabilidade com o cargo de conselheiro, gerando mal-estar entre os presentes e a falta de motivação para participação futura.

“É importante participar das reuniões, eu tenho meus compromissos, mas eu venho, mas tem gente que não vê desse jeito e não vem... tem vezes que a gente não consegue votar as coisas porque não tem gente suficiente...perde-se muito tempo”. (C9)

Ainda com base na observação, infere-se que a presença dos gestores se fez maior devido ao papel que lhes é atribuído de conduzirem reuniões, trazerem o maior número de informações possíveis sobre os assuntos pautados e esclarecerem dúvidas que, por ventura, surgirem. O segmento dos usuários também apresentou elevado número de presença.

A (Des)integração entre o CMS e a sociedade civil

Segundo os entrevistados, o que prejudica a participação popular no CMS é o fato de a população se expressar de maneira individual e não organizada comunitariamente. Relataram perceber uma participação pontual de alguns membros do Conselho, uma vez que os representantes não se juntam à comunidade para trazerem suas demandas, ou seja, não há um canal efetivo de comunicação com a população.

“Eu vejo uma participação muito individual”. (C6)

“Acaba ficando restrita, por exemplo, a um representante de Associação de Moradores que é do Conselho, então um parente, um conhecido fica mais ou menos restrito ao meio de cada conselheiro”. (C7)

Tal fato indica um problema de representatividade, como já mencionado anteriormente¹¹, prejudicando o interesse da população nas questões concernentes às ações e deliberações do CMS. Um dos meios utilizados pela população para resolver suas necessidades é a mídia televisiva.

“Nem quando eles têm alguma dificuldade eles não vêm [...]. Hoje eles estão acostumados a ir pra mídia, pra imprensa (...)”. (C3)

iii) Estruturas e espaços

Dificuldades físicas e institucionais para a participação

O CMS estudado é composto por 26 (vinte e seis) titulares, sendo que 50% (treze) são representantes dos usuários do SUS, e os outros 50%, representantes de entidade dos profissionais de saúde, de prestadores de serviço, da comunidade científica, de entidades empresariais relacionadas com a saúde e representantes do governo.

Segundo os conselheiros, as pessoas encontram dificuldades físicas, como sobrecarga de atividades, e institucionais, como o local e hora das reuniões, para cultivarem uma cultura de participação.

“Por falta de informação e de abertura, ela não tem participado muito não, seria ideal que participasse muito mais. [...] sabemos que existe um esforço em dificultar o acesso, porque os usuários são pessoas que trabalham, uma reunião que é convocada às 14 horas, ele não pode participar porque ele está trabalhando [...] As reuniões do conselho são às 19h, mas somente uma reunião por mês”. (C4)

“90% sabe mas não participa, não vêm [...]. As pessoas hoje vivem em função de levantar pra trabalhar, voltar 6 horas da tarde, fazer janta, lavar roupa, cuidar das crianças, não têm tempo pra vir nos conselhos, para participar até nas comunidades, nas associações de bairro”. (C3)

A fim de se obter maior participação popular, foi sugerido que o CMS se reunisse “uma vez ao mês com a população de cada região do município” (C4), com o objetivo de se aproximar da comunidade e entender melhor suas demandas. Foi também recomendado que houvesse uma maior divulgação, na mídia, sobre as realizações do CMS para que a população saiba como o CMS atua e quais as melhorias resultantes de suas ações na cidade.

iv) Recursos

Infraestrutura inadequada e falta de recursos financeiros

No que diz respeito aos recursos para a participação, um estudo elaborado por Coelho¹⁵ relatou a situação de desvantagem da população, uma vez que não conta com disponibilidade de tempo, transporte, assessoria institucional, enfim, toda uma infraestrutura que deveria estar presente para que pudesse participar mais de órgãos como o CMS.

No caso do CMS estudado, não é diferente, além de se depararem com algumas dificuldades no exercício de suas tarefas – como por exemplo: falta de infraestrutura adequada para pequenos encontros, estudo, pesquisa e discussão; dificuldade para participar em cursos de capacitação de conselheiros novos; escassez de recursos financeiros para custear as viagens e participação dos conselheiros em congressos ou outros encontros que tratem da saúde pública –, os conselheiros, especialmente do segmento dos usuários, ainda encontram dificuldades para apresentarem suas demandas, fato que pode prejudicar a construção da cultura participativa.

“Eu acho que os membros podiam ganhar pelo menos a passagem de ônibus para participar das reuniões”. (C8)

“Olha, foi com muito custo que conseguimos essa sala e esse computador, ainda é pouco, mas é melhor que nada, né?” (C5)

v) Conhecimento

Lacunas na capacitação dos conselheiros

A questão do conhecimento é importante para a qualidade da participação e da representatividade social. Nessa perspectiva, no CMS estudado, nota-se a necessidade de melhor capacitação por parte de alguns membros.

Durante a observação, registraram-se algumas dificuldades referentes à dinâmica do conselho, tais como: desconhecimento com relação ao funcionamento do SUS, legislação, assuntos e termos técnicos da área da saúde; repetição das falas de outros conselheiros ou do mesmo assunto, várias vezes, durante uma mesma reunião; e a falta de estudo prévio dos assuntos tratados nas reuniões, apesar do recebimento das pautas.

Além disso, em muitas situações, as discussões do Conselho restringiram-se a questões burocráticas, como prestação de contas e planos de saúde, que poderiam ser resolvidas nas próprias unidades de saúde, permitindo ao CMS tratar de assuntos de maior amplitude para o município. Observa-se, dessa forma, que o Conselho estudado ainda tem pouca autonomia para definir políticas de saúde, funcionando, muitas vezes, como instância burocrática e com articulação intersetorial mínima.

Os próprios entrevistados mencionaram a necessidade de se melhorar a representatividade, com o conselheiro cumprindo adequadamente o seu papel, não apenas no que diz respeito à articulação conselheiro-segmento que representa, como a própria atuação do conselheiro durante as reuniões. Como sugestões para lidar com os problemas mencionados, foram citados: a criação de um curso de capacitação permanente para os conselheiros, assim como um processo mais criterioso de seleção.

“[...] curso de capacitação de conselheiros permanente sobre as questões do SUS, como funciona, o que é verba vinculada, pois usamos muitos termos técnicos de difícil compreensão”. (C6)

O baixo número de conselheiros que recebem capacitação, antes de assumirem a função, expõe uma fragilidade do Conselho, que pode ser consequência da baixa oferta de capacitações na área da participação social e/ou uma espécie de “efeito colateral” do dispositivo legal de rotatividade mínima dos conselheiros. Nessa perspectiva, considera-se a capacitação como imprescindível para se alcançar a participação adequada e efetiva¹⁷⁻²⁰.

Ainda, comumente os projetos e cursos de formação/ capacitação para conselheiros de saúde não levam em conta as necessidades cotidianas, e as metodologias e referenciais pedagógicos utilizados, muitas vezes, não contemplam a diversidade e heterogeneidade dos grupos. Nesse sentido, é desafiadora a formatação de experiências que possam atender estas premissas, socializando conhecimentos 'técnicos', de forma que sejam "apropriados" por grupos heterogêneos como o de conselheiros²¹.

Insuficiência de informações sobre participação social e o desconhecimento da população

O desconhecimento e a insuficiência de informações compreensíveis à população sobre participação social não prejudicam apenas a participação dos conselheiros, como, também, a própria mobilização das pessoas. A maioria dos conselheiros citou o desconhecimento, por parte da população, a respeito de seus direitos na área da saúde, assim como de participação social, atribuindo esse fato à carência de fontes de informação e divulgação.

"A saúde, como um direito universal do cidadão, não é divulgada como deve, e muitas vezes a própria imprensa [...] não dá as informações que deve, e não divulga todos os direitos". (C3)

Salienta-se, nesse processo, a relevância da valorização de movimentos de educação em direitos, como passo imprescindível para o empoderamento dos usuários dos serviços de saúde, pois, apesar dos dispositivos legais e das políticas públicas existentes, vislumbra-se, ainda, dificuldades na compreensão do sentido de seus direitos pela população, que o vivenciam mais como um favor concedido pelo Estado, do que, prioritariamente, como direitos essenciais ao exercício de sua dignidade humana²².

A mídia, como canal de comunicação e difusora de informações, foi bastante criticada pelos conselheiros, que relataram não receber seu apoio no sentido de divulgar as realizações do CMS e informar a população sobre esse espaço de democratização.

"Os próprios meios de comunicação e a própria Secretaria [de Saúde] deixam a desejar com a divulgação [...] Pode ter certeza que se a população tivesse mais acesso às informações ela estaria participando mais". (C4)

A divulgação e circulação de informações entre os representantes das instâncias colegiadas e seus representados é pressuposto básico para a efetividade da participação social no sistema de saúde. No entanto, a organização dos serviços de saúde, que ainda reflete o modelo centrado no ato médico voltado para ações curativas, não tem tido preocupação em despertar o sujeito para a participação social em saúde^{23,24}. Nesse movimento, o CMS, por meio de seus representantes, poderia desempenhar um papel mais ativo junto aos segmentos representados, tendo em vista a formação e educação em direitos da população.

vi) Impacto das políticas e práticas anteriores

Conquistas do CMS

O tema da efetividade da participação é bastante recorrente na literatura internacional dos últimos dez anos, já que a participação, necessariamente, implica a capacidade de influir junto a um processo público decisório. Para Entwistle²⁵, "a noção de participação faz pouco sentido se faltar o potencial de influência" (p.1). Neste prisma, várias pesquisas nacionais têm ressaltado que, nem sempre, a voz dos representantes dos segmentos dos usuários consegue exercer uma influência sobre as deliberações do CMS^{26,27}. Os resultados deste estudo confirmam o desafio da efetividade da participação enfatizados tanto pela literatura nacional como internacional. Nesse sentido, esta pesquisa levantou opiniões diversas sobre o tema da influência, considerando-se, especialmente, que as experiências anteriores dos participantes, suas conquistas e as relações que estabelecem com os órgãos governamentais podem influenciar sua percepção sobre participação e as formulações políticas existentes.

Apesar dos dados apresentados até o momento, que apontam lacunas nos componentes da cultura participativa, houve um aspecto positivo relatado e frisado pelos conselheiros: as conquistas do CMS.

Segundo os participantes deste estudo, durante o mandato de 2009 a 2012, o Conselho obteve várias conquistas por meio de sua atuação. Temas como inauguração de Unidades de Saúde, reformas, alteração de leis ou códigos e prêmios recebidos foram considerados conquistas alcançadas, possibilitando, aos conselheiros, visualizarem a resolatividade de algumas ações, o que pode gerar, como consequência, motivação para a continuação de seu trabalho. Nessa perspectiva, as ações do Conselho devem ser divulgadas externamente, visando à valorização dos ganhos com a participação.

Segundo os conselheiros, a percepção da influência do CMS na melhoria do sistema local de saúde colabora para o fortalecimento de uma cultura participativa entre a população. Eles argumentaram que observaram muitos avanços na saúde do município e atribuíram essas conquistas ao caráter aberto do CMS, à postura do presidente do Conselho e à organização da sociedade.

“Nós conseguimos muita coisa nesse mandato aqui, não nos outros que era muita burocracia. E isso se dever à abertura da Secretaria, do secretário, o espaço que ele deu pra gente estar trabalhando junto com ele”. (C2)

Ao serem perguntados sobre sua participação, os conselheiros afirmaram que participam, conseguem se manifestar e são atendidos em seus pedidos. Ressaltaram, ainda, a abertura do Conselho e do espaço garantido que possuem para se manifestar.

“Eu considero minha participação 100%, eu não abro mão, [...] fiscalizo 100%. Eu consigo me manifestar dentro do conselho, sem dúvida! [...] eu não venho aqui pra cobrar uma coisa que não é pra população, são coisas que realmente são necessárias, eu preciso de um médico na unidade, então cadê o médico? [...]”. (C3)

Reivindicações populares nem sempre são atendidas pelo CMS

Em contraposição, outros conselheiros afirmaram que participam, conseguem se manifestar, algumas vezes são atendidos e, em outros momentos, não.

“Eu acho que a minha participação é boa, eu consigo defender as minhas opiniões, as vezes eu consigo fazer com que ela prevaleça, as vezes não, mas isso faz parte do jogo [...]”. (C5)

As falas ressaltaram também a associação feita, pelos conselheiros, entre a participação social e a possibilidade de fiscalização do Estado, assim como a utilização da tática de se retirar da reunião, por alguns conselheiros, como meio de demonstrar sua insatisfação quanto às decisões tomadas ou ao fato de seus pedidos terem sido negados. Ainda, apesar de muitos conselheiros declararem que os representantes não cumprem seu papel de buscar as demandas das comunidades, ao avaliarem sua própria participação, dão-se por satisfeitos e, quando não, atribuem sua insatisfação à plenária do Conselho por não atender as reivindicações.

Contudo, os conselheiros destacaram, também, que a população em geral perde o estímulo de participar, pois, muitas vezes, não tem suas reivindicações respeitadas quando leva suas necessidades ao CMS.

“ Existe hoje um retrocesso nesse espaço de participação porque o cidadão acaba ficando frustrado por não conhecer esse espaço e quando ele chega a participar de um conselho local de saúde, ele acaba fazendo algumas reivindicações que os nossos governantes, gestores, não respeitam, então o que pesa hoje é a política partidária [...] porque eles esquecem que o poder emana do povo”. (C1)

Falta de renovação dos conselheiros

Outro aspecto que desestimula o engajamento popular nas questões relativas ao CMS é a falta de renovação dos conselheiros.

“Eu acho que o CMS funciona bem, mas ele tem problemas de representatividade, são sempre os mesmos”. (C5)

Entretanto, no que diz respeito às experiências e participação dos conselheiros, de forma geral, houve uma avaliação positiva tanto pelas conquistas como pela atuação individual dos conselheiros entrevistados.

Participação social: uma cultura em processo de construção

Alguns participantes do estudo relacionaram as dificuldades de participação popular dentro do CMS a uma questão cultural.

“[...] dos 104 bairros, só tem 30 que estão com suas associações atuantes. Dos 30, somente 7 mandaram candidatos pra participar do Conselho [...] então essa participação é típica do brasileiro, o brasileiro não é de participar muito [...]. Quer dizer, o povo não se sente responsável pela própria história, [...], algumas mudanças a gente tem visto, há alguns sinais de que essa nova geração vem vindo com uma nova consciência, mas ainda é um movimento muito incipiente. Por isso que o político aqui faz campanha distribuindo bola de futebol, dentadura, é aquela coisa de prover, é o político provedor, você vai votar em mim porque eu vou te ajudar a hora que você precisar”. (C5)

Essa fala corrobora a forte cultura estadista existente no Brasil, na qual as pessoas, geralmente, responsabilizam o Estado pelas soluções de seus problemas cotidianos, condenando-se a uma situação de resignação, conformismo e impotência. Segundo Gastal e Gutfreind²⁸, o Estado é percebido, em suas representações, como uma instância alheia à população e que a domina: uma esfera na qual habitam médicos, funcionários públicos, políticos e patrões, motivados por interesses particulares.

Entretanto, a construção de uma cultura participativa não deve ser atribuída somente à relação estabelecida com o Estado e governantes, uma vez que envolve também o contexto no qual os sujeitos estão inseridos. Acesso deficiente à informação, escassez de recursos e precariedade na infraestrutura, além de frustração em tentativas precedentes de participação, contribuem para solapar o interesse e a mobilização da sociedade civil. O desinteresse e a imobilidade social, por sua vez, prejudicam o processo de mudança do contexto e da cultura participativa.

Em síntese, retomando a figura esquemática das dimensões e dos recursos que influenciam a participação social elaborada pela OMS², os dados coletados e analisados do CMS estudado podem ser representados conforme a Figura 2.

Observando-se a figura, sobre as condições e elementos existentes para a cultura participativa em um CMS de uma cidade do interior paulista, constata-se que os componentes são deficientes e a participação popular é ainda precária. Os únicos elementos positivos relatados pelos conselheiros foram os relacionados às conquistas do CMS, que, apesar de serem aspectos importantes para o incremento da cultura participativa, demonstraram-se ainda pouco explorados e divulgados. A literatura enfatiza diferentes elementos que contribuem para a qualidade e efetividade da participação social, tais como a cultura política e a relação de poder entre os atores do CMS, que não dependem, exclusivamente, da informação e comunicação sobre as atividades desenvolvidas. Outrossim, neste estudo, estas foram ressaltadas pelos conselheiros como fatores relevantes para o desconhecimento popular frente às ações do Conselho estudado, influenciando negativamente a cultura de participação.



Figura 2. Inter-relação entre os achados deste estudo e as dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social.

Considerações finais

A cultura participativa, como cultivo ou cuidado para a plena realização das potencialidades políticas da população, ainda caminha com passos tímidos. O que se pode constatar com o presente estudo é que os maiores obstáculos a serem superados, para viabilizar a construção da cultura participativa, são aqueles relacionados à comunicação entre os vários atores e instituições sociais.

Considerando a comunicação e a informação como alguns dos elementos que sustentam a participação, no que diz respeito às dimensões e recursos que a influenciam, o contexto analisado caracterizou-se pelas ausências por meio da: falta de articulação com outros órgãos do governo, falta de quórum, falta de integração entre CMS e sociedade civil, falta de infraestrutura e recursos, falta de capacitação, falta de informação, falta de renovação dos conselheiros.

Dessa forma, a cultura participativa encontrou entraves relacionados à existência de relações assimétricas entre interesses e poderes dos diferentes atores envolvidos no CMS estudado. Estes entraves são acentuados com: a comunicação falha entre CMS e o governo, CMS e sociedade civil, e a dificuldade de comunicação entre os grupos da sociedade civil, além da precariedade da informação da população sobre as ações do Conselho e dos próprios conselheiros sobre as normas e dinâmica do CMS.

Em contrapartida, os conselheiros destacaram muitas conquistas do CMS, elementos que poderiam incentivar a aproximação entre CMS e população. Contudo, a falta de divulgação dessas ações prejudica o processo de 'empowerment comunitário'. Esperar que somente a mídia seja responsável por publicizar as conquistas do CMS e as reivindicações populares é repassar a outro algo que é de responsabilidade e interesse tanto do Conselho como da sociedade civil organizada.

Nesse sentido, existem meios para dinamizar uma cultura participativa, muitos deles apontados pelos próprios conselheiros: acesso à informação, estratégia de busca ativa de demandas populares, curso permanente de capacitação de conselheiros, melhoria nos critérios de seleção de conselheiros, mudança no regime interno do CMS no que tange à reeleição dos membros, assim como apoio financeiro aos representantes do segmento dos usuários (para transporte, diária, etc.).

Outra alternativa para que o CMS estabeleça relações positivas tanto com a população como com o governo e favoreça uma cultura de participação pode ser o investimento nos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Os CLS são espaços próximos das comunidades, capazes de gerar laços de pertencimento e elaborar projetos em conjunto com os grupos sociais. Além de facilitar o acesso à informação e comunicação entre Conselho e população, a proximidade com o CLS pode auxiliar a população a restaurar a confiança e exigir de seus representantes, construindo, dessa forma, um maior diálogo e consciência sobre seus direitos e espaços democráticos para manifestar e cultivar sua cultura de participação.

Colaboradores

Carla Aparecida Arena Ventura orientou a pesquisa e colaborou na concepção, redação e revisão final do manuscrito. Marcela Jussara Miwa colaborou na concepção, redação e revisão final. Mauro Serapioni colaborou na discussão dos resultados e revisão final. Márcjore Serena Jorge colaborou na coleta de dados, redação preliminar do texto e revisão final.

Referências

1. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, Abrasco; 1992.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais de saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro; 2011.
3. Tribunal de Contas da União (BR). 4a Secretaria de Controle Externo. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília; 2010.
4. Baquero M. Cultura política participativa e desconsolidação democrática – reflexões sobre o Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec. 2001; 15(4):98-104.
5. Chauí M. Cultura e democracia. Crít Emancip. 2008; 1(1):53-76.
6. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saude Publica. 2004; 20(4):1088-95.
7. Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área saúde. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
8. Cortes SMV. Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias. 2002; 4(7):18-49.
9. Van Stralen CJ. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):621-32.

10. Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(2):56-69.
11. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(12):4824-37.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
13. Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
14. Valla VV, Stotz EN, organizadores. *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes; 1994.
15. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude Soc.* 2012; 21 Supl1:138-51.
16. Cohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saude Soc.* 2004; 13(2):20-31.
17. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis.* 2011; 21(3):1121-37.
18. Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. *Saude Soc.* 2012; 21 Supl1:126-37.
19. Cruz PJSC. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção do conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saude Soc.* 2012; 21(4):1087-100.
20. Silva EC, Pelicioni MCF. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(2):563-72.
21. Alencar HHR. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre-RS. *Saude Soc.* 2012; 21 Supl1:223-33.
22. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(6):893-8.
23. Faria EM. *Comunicação na saúde: fim da simetria?* Pelotas: Ed. Universitária; 1996.
24. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis.* 2010; 20(4):1227-43.
25. Entwistle VA. Public involvement in health service governance and development: questions of potential for influence [editorial]. *Health Expect.* 2009; 12(1):1-3.
26. Labra MH. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.
27. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):7-16.
28. Gastal CLC, Gutfreind C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(8):1835-44.

Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, Jorge MS. Cultura participativa: un proceso de construcción de ciudadanía en Brasil. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(63):907-20.

El objetivo de este estudio es describir los elementos – contexto y recursos – que influyen en la participación social en un Consejo Municipal de Salud (CMS). Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Los datos se colectaron por medio de la observación directa de la dinámica del CMS estudiado y de entrevistas semi-estructuradas con sus miembros. El análisis de los datos se basó en el análisis temático, con el objetivo de aproximar las categorías obtenidas con las establecidas por la Organización Mundial de Salud (OMS) sobre las dimensiones del contexto y de los recursos que influyen en la cultura participativa y que son los siguientes: i) políticos conscientes de la cuestión de la participación; ii) organización de la sociedad civil; iii) estructura y espacios; iv) recursos; v) conocimiento; y vi) impacto de las políticas y prácticas anteriores. Como resultado, se constató que los componentes son deficientes, que la participación popular todavía es precaria y que los mayores obstáculos son los relacionados a la comunicación entre diversos actores e instituciones sociales.

Palabras clave: Participación social. Consejo municipal de salud. Cultura participativa.

Submetido em 23/12/15. Aprovado em 30/11/16.