



CONTEXTOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM SOCIEDADES PLURAIS

Contexts of social participation in health: challenges for the effectiveness of the right to health in plural societies

Carla Aparecida Arena Ventura

Universidade de São Paulo e Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3513361005993699>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0379-913X>

E-mail: caaventu@gmail.com

Jete Jane Fiorati

Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3221450654634816> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3139-4466>

E-mail: jete.jane@unesp.br

Patrícia de Paula Queiroz Bonato

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7667452623061506> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1759-6870>

E-mail: patricia.bonato@usp.br

Samira Janis Eugenio

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0717513244787291>

E-mail: samira.eugenio@usp.br

Trabalho enviado em 18 de fevereiro de 2022 e aceito em 15 de maio de 2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.



Rev. Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 16, N.02., 2023, p. 729 - 759

Carla Aparecida Arena Ventura, Jete Jane Fiorati, Patrícia de Paula Queiroz Bonato e Samira Janis Eugenio

DOI: 10.12957/rqi.2023.65489

RESUMO

O conceito de saúde não se restringe apenas à ausência de doenças, mas abrange condições concretas de vida, denominadas determinantes sociais da saúde. Em um contexto de profundas desigualdades sociais que dificultam o exercício do direito à saúde, este artigo apresenta como objetivo discutir movimentos de incentivo e desafios enfrentados para a participação social vivenciados no exterior e no Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, desenvolvida em duas etapas: por meio de revisão narrativa da literatura sobre práticas participativas em saúde no mundo (regiões de trabalho da Organização Mundial da Saúde) e com dados coletados por meio de entrevistas realizadas com dezesseis membros de um Conselho Municipal de Saúde de uma cidade do interior de São Paulo. Os dados das entrevistas foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo e resultaram na categoria temática “Participação, controle social e comunidade local” e nas subcategorias “Importância do Conselho Municipal de Saúde”, “Ausência de Cultura Participativa” e “Falta de acesso à informação e (des)controle social. Nesse sentido, ressalta-se o potencial transformador do referencial dos direitos humanos, quando emerge da mobilização da própria sociedade, em contextos plurais e que valorizam a autonomia e protagonismo de diferentes sujeitos de direito.

Palavras-Chave: Participação Social, Direitos Humanos, Direito à Saúde, Desenvolvimento, Conselho Municipal de Saúde, Pluralismo Jurídico.

ABSTRACT

The concept of health is not restricted to the lack of diseases, and comprehends concrete situations of life, named social determinants of health. In a context of profound social inequalities, which impair the exercise of the right to health, this articles aims at discussing movements to stimulate and challenges regarding social participation experienced abroad and in Brazil. This is a qualitative descriptive research, developed in two stages: through a narrative review of the literature on participative practices in the world (analyzed considering the WHO working regions) and data collected through interviews with sixteen members of the Municipal Health Council of a city in the state of São Paulo. Data from the interviews were analyzed through content analysis and resulted in the thematic category “Participation, social control and local community”, and in the following subcategories: “The importance of the Municipal Health Council”, “Lack of Participative Culture” and “Lack of access to information and social (dis)control”. In sum, authors emphasize the transformative role of the human rights framework, when it emerges from the mobilization of society, in plural contexts that value the autonomy and protagonismo different citizens.

Keywords: Social Participation, Human Rights, Right to Health, Development, Municipal Health Council, Legal Pluralism.



INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XX, a humanidade tem experimentado rápidas e profundas mudanças nas esferas da vida econômica, cultural, social e política (STIGLITZ, 2003). A internacionalização da produção, distribuição e consumo de bens e serviços, juntamente com o avanço das tecnologias da informação, intensificaram a globalização da economia, ao mesmo tempo em que se observa o aumento das desigualdades entre os povos e grupos sociais, da violência e do desrespeito aos direitos humanos, apesar do movimento crescente de afirmação destes direitos em âmbito mundial.

Para Sanchez (2021), no âmbito da globalização, ainda não há uma sensibilidade sociocultural, popular e jurídica pelos direitos humanos, já que predominam dinâmicas excludentes em todas as esferas sociais, a nível político, econômico, religioso e cultural.

No discurso, os direitos humanos são, portanto, inerentes a todos os seres humanos e estão em constante processo de construção e reconstrução, a partir de lutas sociais (PIOVESAN, 2006). Dentre eles, ressaltam-se os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais. Contudo, há um abismo entre a teoria e a prática, e nestes contextos, reforça-se a relevância dos movimentos sociais. Nesse sentido, apesar de a origem dos direitos humanos estar nas lutas sociais, na atualidade, chegam a ser “demonizados”, quando podem ser fonte de reivindicação de velhos e novos direitos nesse processo aberto da história (SÁNCHEZ, 2018). Considerando estas questões estruturais e que reforçam cenários de profundas iniquidades sociais, este artigo enfatiza a importância do reconhecimento da saúde como direito e sua relevância para o efetivo desenvolvimento social e humano, que vai muito além do crescimento econômico. Dessa forma, o direito humano ao desenvolvimento e o direito humano à saúde estão profundamente ligados, uma vez que não se pode conceber nenhum processo de desenvolvimento sem a consolidação do direito à saúde (VENTURA, 2008).

Em meados do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inovou ao ampliar o significado de saúde, compreendendo-a de maneira holística, além da ausência de doenças e modificando a composição de padrões de bem-estar, que passaram a abranger a somatória da saúde nos âmbitos físico, mental e social (OMS, 1946). Sendo assim, a evolução do conceito de saúde nos últimos dois séculos possibilita sua compreensão como produção social resultante de condições concretas de vida, como renda, alimentação, trabalho e moradia, e de movimentos políticos e sociais, sobretudo os que reclamam reformas estruturais, ou seja, a saúde é influenciada por



fenômenos de ordem econômica, social, cultural e política (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998; WITT, ARANGO, 2005).

Pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais formam um conjunto de condições denominadas “determinantes sociais da saúde”. Trata-se de termo que abrange os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes estruturais, como a distribuição de renda, a discriminação e as estruturas políticas, são fatores que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos e geram relevantes iniquidades em saúde. Tais mecanismos moldam a saúde dos indivíduos por meio de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde (OMS, 2011; HEIDEMANN, 2006).

Nessa perspectiva, a saúde constitui fator decisivo para o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades, sendo um requisito para o desenvolvimento com equidade. A qualidade de vida também está intimamente ligada à saúde e, por sua vez, ao desenvolvimento, pois seus fatores determinantes, como educação, lazer, trabalho, condições dignas de moradia, saneamento básico, dentre outros, afetam diretamente o bem-estar das pessoas.

Reconhecendo a importância do direito à saúde, a comunidade internacional reforçou a concepção de saúde como direito humano, expresso no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos e em uma série de instrumentos internacionais como o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (aprovado em 16 de dezembro de 1966 e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992), a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres (ratificada pelo Brasil em 1º de Fevereiro 1984) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990), além de inúmeros documentos de organizações regionais, como o Conselho da Europa, a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização da União Africana (OUA). Estes documentos confirmam o pressuposto de que gozar do melhor estado de saúde possível constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social (CURY, 2005). Entretanto, a cultura de afirmação de direitos humanos se materializou a partir de uma abordagem pós-violatória, o que reforça uma concepção garantista e a limitação de sua compreensão para o enfrentamento da ordem estrutural desigual e assimétrica que prevalece em nossas sociedades (SÁNCHEZ, 2021). Este artigo embasa-se em uma visão pré-violatória e de fomento a alternativas legítimas de participação da sociedade civil neste processo de construção de direitos (MACHADO, 2017). Dentre os



princípios que embasam a saúde como direito humano, ressalta-se a participação social, como uma das fundamentações para o alcance da melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde dos cidadãos.

Em 1986, a Carta de Ottawa afirma que a promoção de saúde pode ser compreendida como o conjunto de ações que motivam os cidadãos a serem partícipes do processo de melhoria da qualidade de vida, facilitando seu discernimento sobre necessidades, anseios e contentamentos, e visando construir transformações vantajosas em seu meio social e assim, alcançar o bem-estar físico, mental e social. A promoção da saúde se embasa no conceito de saúde como bem público, considerando os serviços de saúde como respostas às necessidades de saúde das sociedades, combinando os interesses de diferentes atores, como os produtores de serviços, o Estado, trabalhadores e população, e, considerando que toda abordagem para melhorar a saúde deve ser articulada dentro de um contexto amplo de ordem política, social e econômica. A saúde e as organizações de serviços são, nessa medida, espaços de disputa, de afirmação ou negação de direitos e de necessidades. Portanto, essa abordagem reconhece a saúde como elemento de sociedades democráticas e um direito humano básico (CAMPOS, 2009).

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), atrelado ao processo de redemocratização instituído com a nova Constituição Federal de 1988. Tal Constituição refletiu a extensão de direitos sociais e políticos aos cidadãos em geral e às minorias (RAEFFRAY, 2005) e mudou profundamente o sistema de competências na área da saúde, que passou a ser legislada nos três planos – federal, estadual e municipal (ROCHA, 2011). Nesse sentido, a participação social no setor saúde é fundamental para garantir a qualidade do serviço prestado e para que, com base no conhecimento das necessidades de saúde dos cidadãos, a saúde seja integralmente proporcionada em todos os seus aspectos.

Outrossim, nota-se, em muitas situações, o incipiente conhecimento dos indivíduos em relação ao cuidado da própria saúde, da saúde da família e principalmente sobre como atuar como cidadão que tem a possibilidade de participar ativamente na sociedade, trazendo em si o poder para transformá-la, tanto no cenário micro como macro (COELLHO, 2012). Conforme Minardi et al. (2011), no contexto de formação democrática, espaços de participação são meios que a viabilizam e enfatizam o exercício de direitos e deveres pelas pessoas. No que diz respeito à saúde, são geradas situações de controle social sobre decisões tomadas.

Com a finalidade de promoção de saúde e de conferir autonomia e oportunidades igualitárias para que os indivíduos atinjam o máximo de seu potencial de saúde, a Carta de Ottawa (1986) ressalta a necessidade de criação de espaços de acesso da população, contando com o apoio



governamental ou com o poder das comunidades. Para tanto, são necessárias bases sólidas, com disponibilidade de informações sobre saúde, ênfase na comunicação, pleito sobre demandas e necessidades, troca de experiências e conhecimento e, como consequência, o atingimento coletivo de uma melhora da saúde e desenvolvimento das habilidades de todos os envolvidos.

Os espaços de participação social são responsáveis por aproximarem os cidadãos do poder público e, também, os profissionais que atuam com a população têm oportunidade de trazer suas vivências e necessidades. Nesses locais, a identificação de problemas é facilitada, assim como a obtenção de soluções, por meio da participação da população nas questões de saúde, favorecendo a construção de conhecimento e a prática da cidadania. Ainda, cidadãos e profissionais de saúde têm a oportunidade de exercer controle social, pressionando pessoas em cargos de poder, por resultados pertinentes às suas demandas (WILLERS, ANGST 2017). Também no caso dos sistemas de saúde, os mecanismos participativos, tanto os deliberativos como os mais tradicionais, devem demonstrar a capacidade de gerar recomendações e exercer algumas formas de influência nos decisores políticos (CRAWFORD et al., 2002).

Considerando os desafios que se impõem para o exercício efetivo do direito à saúde, por meio da participação social, este artigo apresenta como objetivo geral discutir movimentos de incentivo e desafios enfrentados para a participação social vivenciados no exterior e no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo descritivo, dividido em duas fases. A primeira etapa abrange a revisão narrativa da literatura sobre experiências de participação social em distintos países do mundo. A busca foi realizada nas bases de dados Pubmed, Embase, Cinahl, Lilacs e Web of Science. Os artigos utilizados apresentam uma perspectiva não institucionalizada de participação social, relatando experiências de países de distintas regiões de trabalho da OMS, com grande foco nos profissionais de saúde e no papel desempenhado pelos governos para facilitar ou impedir estes movimentos.

Após esta visão geral, a segunda etapa abarca pesquisa qualitativa com membros de um Conselho Municipal de Saúde. A técnica utilizada de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Trata-se de técnica de coleta de informação muito utilizada na pesquisa social e é definida semiestruturada porque não é inteiramente aberta e nem apresenta uma grande quantidade de perguntas precisas. O roteiro da entrevista foi composto por uma lista de áreas gerais a serem cobertas com todos os entrevistados. Graças a sua flexibilidade, este tipo de interação permitiu



recompilar os testemunhos e as interpretações dos informantes, respeitando sua livre interpretação e seus próprios marcos de referência (QUIVY e CAMPENHOUDT, 1998). Em geral, as entrevistas visaram conhecer a representatividade do CMS e o nível de participação dos seus membros.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados e categorizados por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), com auxílio da ferramenta computacional Atlas TI. O software Atlas TI atua como ferramenta que auxilia o processo de organização da análise dos dados, uma vez que as inferências e categorizações foram realizadas pelos pesquisadores, com apoio da base teórica. Dessa forma, a eficiência do software está na interface entre a expertise humana e o processamento de dados do computador.

A análise por categorias é o tipo de análise mais antiga e a mais utilizada em pesquisas; na análise temática, as categorias são construídas conforme os temas emergem do texto. Para se classificar as informações em categorias, é necessário identificar o que têm em comum, permitindo assim seu agrupamento (BARDIN, 2011). Com base no material organizado, lido e relido, foram identificados os temas que emergiram das entrevistas, para que fossem analisados e interpretados com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo.

Participaram das entrevistas semiestruturadas 16 Conselheiros. Na tabela a seguir, observam-se as distribuições dos participantes de acordo com o gênero declarado, estado civil e tempo de atuação como conselheiro no CMS estudado.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa dos três segmentos do CMS. 2021.

Gênero	Masculino	8	50%
	Feminino	8	50%
Estado civil	Casado	9	56,25%
	Solteiro	4	25%
	Divorciado	2	12,5%
	Viúvo	1	6,25%
Tempo de Atuação como conselheiro	$n \geq 15$ anos	3	18,75%
	$6 \text{ anos} \leq n \leq 8$ anos	4	25%
	$4 \text{ anos} \leq n \leq 5$ anos	2	6,25%
	$2 \text{ anos} \leq n \leq 3$ anos	7	43,75%
Total		16	100

Fonte: própria da pesquisa.

A tabela abaixo (Tabela 2) identifica a distribuição dos participantes dos três segmentos da pesquisa de acordo com o grau de escolaridade.

Tabela 2. Caracterização do grau de escolaridade dos participantes da pesquisa dos três segmentos do CMS. 2021.

Participante (segmento)	Grau de escolaridade
P1 (usuários)	Ensino médio completo
P2 (usuários)	Superior completo
P3 (trabalhadores e prestadores)	Superior completo
P4 (trabalhadores e prestadores)	Superior completo
P5 (usuários)	Superior completo
P6 (usuários)	Superior completo
P7 (gestores)	Superior completo
P8 (trabalhadores e prestadores)	Superior completo
P9 (usuários)	Ensino médio completo
P10 (usuários)	Fundamental incompleto
P11 (trabalhadores e prestadores)	Superior completo
P12 (trabalhadores e prestadores)	Superior completo
P13 (usuários)	Superior completo
P14 (usuários)	Superior incompleto
P15 (trabalhadores e prestadores)	Superior completo
P16 (gestores)	Superior completo

Fonte: própria da pesquisa.

MOVIMENTOS DE INCENTIVO OU IMPEDIMENTO A PRÁTICAS PARTICIPATIVAS EM SAÚDE

O contexto político de um país e os seus governantes desempenham papel de grande importância no estímulo às práticas participativas ou de participação social, pois podem subsidiar, incentivar e auxiliar a participação ativa de profissionais e usuários dos serviços de saúde na avaliação de serviços e orientação de políticas públicas, possibilitando o aprimoramento da assistência à saúde da população. Por outro lado, o poder político pode dificultar a participação e controle social. Dessa forma, com base na revisão narrativa de literatura sobre o tema, foram identificadas situações de práticas não institucionalizadas de participação nas distintas regiões de trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas situações evidenciam movimentos bem-sucedidos de práticas participativas, assim como dificuldades para o exercício do direito à saúde vivenciadas ao redor do globo.



Região da África

Na África do Sul, os governantes mobilizaram profissionais de saúde para que os auxiliassem na construção de ações, estratégias e políticas de prevenção da propagação de contágio de HIV/ AIDS e também, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença. Os profissionais se apresentaram, expuseram as demandas e necessidades da população referentes a esses tópicos e discutiram com a finalidade de chegarem à melhor estratégia e mudanças que beneficiariam a população. Em seguida às exposições e discussões, os profissionais foram dispensados e os comitês que criados para o propósito dessas discussões foram extintos. Nesse sentido, a participação e controle social foram barrados e as vozes dos profissionais silenciadas no âmbito político. A estes profissionais, foi permitido que participassem somente dos debates iniciais e mais tarde, das implementações das políticas formuladas. O chamamento e o rompimento abruptos da participação social geraram insatisfação e desmotivação nos profissionais no que diz respeito a esse campo de atuação em suas profissões. No final desse processo, o desinteresse relativo à participação e controle social dos profissionais foi visível, que procuraram se concentrar nas atividades assistenciais, pois nessas poderiam ver o resultado de seus trabalhos. Por outro lado, discute-se que os governos são motivados a convidarem seus profissionais para esse tipo de participação devido às pressões internacionais, e o fazem com o propósito de obter vantagens e visibilidade internacional (SHARIFF; POTGIETER, 2012).

Em outro estudo selecionado, Abdulmalik et al (2014) afirmam que os profissionais de saúde da Nigéria estabeleceram uma parceria com a Universidade de Melbourne na Austrália para a realização de um programa de incentivo às lideranças em saúde, no âmbito da saúde mental, visando à melhoria da qualidade de vida dos usuários atendidos. O programa passou a atender alguns países do oeste da África como: Serra Leoa, Gâmbia, Gana e Libéria, apoiando ações de discussão entre os profissionais de saúde, a fim de melhorarem o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Em cada país, foram estabelecidos Conselhos de Saúde, com a intenção de exposição e argumentação sobre os problemas enfrentados localmente e, após esse processo, ocorreu a implementação dessas ações. Duas vezes ao ano, todos os países se reuniam no país de base, a Nigéria, para relatarem suas conquistas. Cada país conta com um conselho que faz o levantamento das necessidades e elabora estratégias de ação. Estes profissionais, por sua vez, levam suas experiências às reuniões anuais do grupo de países, possibilitando o compartilhamento de informações. O programa está evoluindo e os sucessos de alguns países, como por exemplo, Gana e Serra Leoa, foram documentados. Ainda, muitos Conselhos conseguiram coordenar efetivamente com outras organizações não-governamentais, organizações religiosas e de usuários de serviços, a



fim de ampliar a magnitude de seu impacto na defesa das pessoas com transtornos mentais, melhorando a assistência a esses pacientes e aumentando sua qualidade de vida. Em toda essa dinâmica, os governos não se opuseram deliberadamente às ações nem estratégias, todavia não contribuíram favoravelmente ao programa nem aos profissionais. Desse modo, não incentivaram as ações, não sugeriram mudanças políticas ou ofereceram subsídios para condutas que emergissem dos profissionais de saúde, da população ou de qualquer outro participante do programa.

Os resultados alcançados pelas ações dos profissionais são, portanto, de grande importância, considerando seus efeitos tanto na população, como nos próprios profissionais que exercem a participação. Há, ainda, o impacto das ações de participação e controle social nos profissionais que não participaram diretamente da dinâmica. Dessa forma, os profissionais que observaram a movimentação, mas não fizeram parte de sua implementação podem, por vezes, usufruir de um efeito benéfico, ao despertarem para uma nova possibilidade de ação no exercício de sua profissão, assim como a ampliação do horizonte do cuidado.

REGIÃO DAS AMÉRICAS

Na região das Américas, nos Estados Unidos, os governantes não se mostram inclinados a facilitar o diálogo entre os profissionais de saúde e o Estado. Apesar deste país ter histórico de luta por direitos, são focados no individualismo, e, sendo assim, a abertura para a luta e conquista no âmbito coletivo possui baixa adesão. No campo da pesquisa em saúde, visto que esta é uma área de atuação de participação social, há incentivo para produções científicas, porém, os resultados não são utilizados pelos governantes para a melhoria das ações e mudanças políticas no contexto da saúde (ELLENBERCKER; EDWARD, 2016). Entretanto, as autoridades proporcionam uma pequena abertura a nível local, para o engajamento em associações de profissionais, observando-se pequenas conquistas por meio de sua participação (VADENHOUTEN et al, 2011).

Ainda nos EUA, Mason et al (2011) relatam que os trabalhos comunitários de saúde, por vezes, têm pouca expressão política para motivarem mudanças fundamentais no sistema público de saúde e o espaço para se pronunciarem é a associação dos trabalhadores de saúde comunitária. Dessa forma, realizam ações de promoção de saúde nas comunidades em que trabalham, auxiliados pelos agentes comunitários de saúde, mesmo com recursos escassos, enfrentando problemas de infraestrutura e recursos humanos. A promoção e as ações desenvolvidas por esses profissionais foram tão diferenciadas que chamaram a atenção dos órgãos responsáveis pelos serviços de saúde em Massachusetts. Estes designaram uma comissão para investigar os resultados alcançados. Constatados os desfechos positivos, foi criada a associação estadual dos trabalhadores comunitários



de saúde, na qual esses profissionais encontraram espaço para trazer as demandas referentes a sua área de cobertura, exercendo participação e controle social. Suas participações são baseadas em vivências, auxiliando as formulações de políticas. Toda essa dinâmica começou a acontecer em nível estadual e conduziu o estado a uma reforma de saúde, que acarretou a melhoria da assistência e, como consequência, o aumento da qualidade de saúde das populações atendidas pelos trabalhadores. Em suma, toda essa dinâmica levou a uma reforma sanitária no estado (MASON et al, 2011).

Na Filadélfia, uma organização denominada UJIMA iniciou um movimento com o propósito de identificar diferentes necessidades de saúde relacionadas ao gênero, buscando atender de forma integral meninas e mulheres. Houve o apoio do poder público para a formação de comitês para discussão de ações e estratégias para enfrentar as necessidades identificadas. Esta organização conta com mais de 20 comunidades de cidadãos e vários atores dos âmbitos religioso, serviço social, educação/acadêmico e organizações de saúde e bem-estar. Baseados nos dados coletados em alguns fóruns, foi detectada a urgência para a elaboração de políticas com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência a essas mulheres e assim diminuir a disparidade de gênero. Por conseguinte, a coalizão possibilitou que políticas fossem criadas para sustentar medidas e ações de promoção de saúde. De acordo com os temas base da organização, comitês foram criados para o auxílio na implementação das políticas. Como conquistas resultantes, enfatiza-se que os líderes religiosos e os que prestam a primeira assistência a essas mulheres receberam treinamento para identificarem sinais de violência sexual e os profissionais de saúde receberam capacitação sobre alimentação saudável e, dessa maneira, podem disseminar informações de acordo com cada especificidade. A qualidade da assistência de saúde melhorou e as mulheres passaram a atribuir um sentido diferente ao cuidado e cidadania. Dentre os problemas vivenciados em muitos países, é importante enfatizar as iniquidades de gênero presentes na sociedade, especialmente no que diz respeito às diferenças em relação à remuneração, condições e direitos trabalhistas, que afetam, por vezes, a saúde das mulheres. Sendo assim, é fundamental considerar essas especificidades e as necessidades de gênero para que se ofereça um cuidado integral à população (ROBERTSON-JAMES et al, 2017).

Ainda nos Estados Unidos, foram usadas plataformas de mídias sociais como meio para o engajamento dos profissionais, debates de problemas relacionados com a saúde, abrindo-se a oportunidade de discussão que resultasse em mudanças políticas. Entretanto, os resultados da participação ainda são escassos, devido às dificuldades de engajamento. Apesar disso, pode-se afirmar que pequena participação exercida pelos profissionais gera transformação e influencia os



ambientes acadêmicos, estimulando os estudantes a participarem ativamente da política (WADDELL, 2016; O'ROURKE, 2016; TAYLOR, 2016).

No vilarejo de Pareja, no México, Orozco-Núñez et al (2009) relatam que os profissionais comunitários de saúde, juntamente com as parteiras, iniciaram um movimento para a melhora da prestação de cuidado de saúde às gestantes. Por meio dos Conselhos Locais, as autoridades municipais puderam conhecer não somente o trabalho dos profissionais de saúde no quesito assistencial, mas também suas opiniões sobre questões e necessidades de saúde vivenciadas pela população. Posteriormente às discussões e formulação de ações e estratégias que solucionassem os problemas da população, os governantes se dispuseram a auxiliar na elaboração de políticas baseadas nessas necessidades. As autoridades possibilitaram a colaboração na formulação de políticas, assim como na disponibilização de recursos materiais, como ambulâncias para a prestação do cuidado às gestantes pré-natal e puerpério. Sendo assim, os incentivos gerados pelo governo auxiliaram os profissionais de saúde a cumprirem seu papel como agentes de transformação e mudança social, por meio da liderança participativa e controle social. Esse estímulo pode gerar modificações no contexto de saúde, com a formulação e implementação de políticas e ações de saúde que resultem na melhoria do cuidado em saúde da população e do processo de trabalho dos profissionais, com a possibilidade de dispensarem recursos conforme a necessidade dos indivíduos e da comunidade. Todavia, quando os governos somente apoiam os profissionais com o intuito de responderem a pressões externas e após concluído o processo inicial, retiram seu suporte para a participação e controle social, causam um sentimento de desvalorização e os trabalhos dos profissionais são descontinuados.

Por fim, estudo desenvolvido na Guatemala identificou que governantes facilitaram a atuação dos profissionais de saúde na participação e controle social, por meio da criação de comitês de saúde, conselhos de desenvolvimento social e conselhos de agentes comunitários de saúde em nível nacional e comissões especializadas. Nessas instâncias, eram expostas demandas da população e discutidas ações, estratégias e elaboração de políticas que atendessem às necessidades de saúde dos indivíduos. Como resultado, houve melhora da saúde da população e do engajamento político dos profissionais de saúde (RUANO, 2013).

Região da Europa

Hjertstrom e Obstfelder (2018) relatam que profissionais que trabalham no sistema de saúde pública da Noruega têm um apoio de seus governantes, nos níveis nacional, estadual e distrital, especialmente para o trabalho com a população de áreas rurais. No âmbito público, conquistaram a distribuição mais equitativa de recursos humanos e no âmbito privado alcançaram o desfecho de



poderem utilizar estes recursos para que as populações recebessem a prestação do cuidado com maior qualidade. Os governantes distritais facilitaram as discussões com os prestadores particulares de saúde que acordaram com relação às mudanças sugeridas pelos profissionais de saúde.

Considerando experiências estatais, O'Connor (2017) relata que na Escócia há incentivos por parte dos governantes para a atuação dos profissionais de saúde em todos os âmbitos de sua profissão, na assistência básica, hospitalar e engajamento político. Dentre as medidas do programa, ressalta-se a integração do sistema de saúde e assistência social. Para o incentivo da participação e controle social, o Estado fez uso de uma ferramenta barata e de grande alcance: o Twitter. Partiu dessa iniciativa a criação de Hashtags, com temas relevantes para a população, com a finalidade de que fossem discutidos amplamente e de que sua resolutividade fosse a mais abrangente possível. Por meio desse instrumento, a elaboração de políticas contou com a participação e o controle social de um grande número de profissionais e com olhares diferenciados, oferecendo aos governantes a possibilidade da formulação de políticas de saúde assertivas.

Nesse contexto, as autoridades do Reino Unido facilitam a participação e controle social e o engajamento político dos profissionais de saúde. O governo iniciou um movimento para motivar os profissionais de saúde a assumirem cargos de liderança, inclusive no âmbito legislativo e executivo. Dessa forma, podem gerar transformações no sistema de saúde, fundamentadas a partir da sua vivência no contato direto com a realidade da população.

Zachariadis et al (2013) explicitam que na Inglaterra, houve, ainda, a criação de um serviço de saúde especializado, vinculado ao Ministério de Assistência Social, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde da população por meio da busca ativa, ou seja, verificando em cada região do país suas próprias carências. Outro recurso oferecido são as reuniões multiprofissionais em que são discutidas questões referentes à saúde dos indivíduos. Nessas reuniões, os profissionais podem atuar ativamente no exercício da participação e controle social, elaborando ações, estratégias e mudanças políticas para a população. As reuniões acontecem em âmbito regional e nacional e há a articulação do sistema em redes, para que a propagação das conquistas e mudanças sejam mais eficazes.

REGIÃO DO LESTE DO MEDITERRÂNEO

Em Israel, há incentivos ao setor saúde, por meio da Divisão de Enfermagem do Ministério da Saúde, que favorecem momentos de discussão dos problemas de saúde vivenciados pela população. Dessa forma, os profissionais podem trazer suas demandas e ali discutirem e formularem



mudanças, tanto de estratégia como de políticas de saúde. O encorajamento para sugestões de mudanças motivadas pelos profissionais é alto e as instâncias de poder em saúde estão abertas a esse diálogo e para a implementação das alterações propostas. (GREENBERGER; HARON; RIBA, 2014).

Estudo realizado na Palestina demonstrou a influência do contexto de constante tensão política e militar no sistema de saúde. Esses reflexos resultam em um sistema de saúde mais fechado a discussões ou a uma multiplicidade de perspectivas. A pesquisa em saúde resulta em benefícios ao Estado, visto que auxilia na dispensação de recursos, materiais ou humanos, de modo preciso, contribuindo, assim, para a melhoria de vida da população e economia do estado. Por essa razão, os profissionais de saúde objetivam expor suas pesquisas para que colaborem para a formulação de políticas aprimoradas, que lidem com as necessidades dos cidadãos, sendo esta uma maneira de participação social encontrada por eles. Foram entrevistados os profissionais de órgãos governamentais, Ministérios da Saúde, Educação, Finanças, Planejamento, Conselho Legislativo, Conselho Médico e Estatístico, com respeito às pesquisas e produções em saúde, buscando-se compreender sua contribuição com a participação e controle social e, seu uso na formulação e na melhora de políticas. A variedade de olhares dos diferentes profissionais envolvidos contribuiu para a riqueza de informações e apreensão da realidade estudada. Entretanto, observou-se que os estudos não contribuem ou cooperam de maneira efetiva para a elaboração de políticas. Sendo assim, os profissionais de saúde não são estimulados a se engajarem politicamente ou a participarem ativamente no controle social.

Na Jordânia, Maaitah e Abualrub (2017) reportam que o sistema de saúde tem, por princípio, a universalidade de acesso dos usuários. Contudo, neste país, o diálogo entre os profissionais de saúde e seus governantes não é facilitado. Apesar de o acesso à saúde ser universal, a participação e controle social é exercida somente por meio de sugestões dadas às associações de profissionais.

REGIÃO DO SUDESTE DA ÁSIA

Kunaviktikul et al (2010) apresentam exemplo, na Tailândia, em que os governantes abriram o caminho para a atuação ativa dos profissionais de saúde na participação e controle social. O Ministério da Saúde estabeleceu a meta de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na área obstétrica e convocou os profissionais de saúde para debater quais seriam as melhores estratégias e ações sanitárias que solucionassem as demandas, previamente identificadas por esses mesmos profissionais. Após o reconhecimento das carências da população e o diálogo sobre as melhores



formas de enfrentá-las, os profissionais foram dispensados e não puderam participar das etapas das discussões e da formulação de novas políticas, sendo responsáveis, mais tarde, somente por implementá-las. Essa situação fez crescer nos profissionais a impressão de desvalorização em relação à sua atuação na participação e controle social. Ainda, reforçou a ideia de que o conhecimento advindo de sua prática não tem utilidade para o auxílio na construção de políticas de saúde, de acordo com o governo, já que a maioria de suas sugestões não foram utilizadas. Notaram que foram chamados somente por alguma agenda que não tinha relação direta com a real melhoria da saúde ou com a oportunidade de participarem da construção e avanço do sistema de saúde. Portanto, a desmotivação na questão do engajamento de participação social aumentou e os profissionais se detiveram somente às suas práticas assistenciais.

Em suma, as situações selecionadas com base na revisão da literatura demonstram iniciativas envolvendo profissionais de saúde, como facilitadores do diálogo com as comunidades, assim como uma vinculação da participação social, mesmo que em instâncias não institucionalizadas, com o Estado. Nessa perspectiva, a participação sem a redistribuição de poder não é efetiva e as situações descritas acima configuram impedimentos governamentais que impossibilitaram os profissionais de exercerem seu papel social. Quando o profissional é impedido de defender as demandas das pessoas, percebe que seu trabalho é desvalorizado e a sua liderança em saúde é minimizada, por não poder exercer os atributos de sua profissão em todos os âmbitos. Ainda, os casos elencados acima demonstram como a voz dos profissionais pode ser silenciada, dificultando que atuem como agentes de transformação social em saúde.

A literatura selecionada revela, assim, possibilidades ainda muito limitadas de exercício da participação social. A partir de uma visão mais pluralista do direito e dos direitos humanos (MACHADO, 2017), é importante reforçar a existência de múltiplos caminhos na luta pela dignidade humana ainda não explorados. De acordo com os contextos, atores e momentos históricos, é fundamental buscar e estimular expressões diferenciadas e distintas de afirmação e consolidação dos direitos humanos, que emergem dos grupos que vivenciam os problemas, especialmente no contexto do direito à saúde.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A MOBILIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A proposta de participação da sociedade em projetos políticos de qualquer natureza emergiu na década de 1940 com duas finalidades: reforçar os mecanismos de democracia real, abalados mundialmente pelas duas grandes guerras e, também, como uma maneira de desviar as responsabilidades crescentes do Estado moderno para com os seus cidadãos (TESTA, 1992).

Segundo Carvalho (1995), a participação civil pode ser comunitária (completando o Estado), popular (combatendo o Estado) ou social (controlando o Estado). Para este autor, o controle social no Brasil foi marcado por um duplo viés: a exclusão social e o caráter clientelista do Estado. É como se o Estado, liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado em suas práticas. Daí o forte sentido fiscalizatório que a ideia de controle social em saúde adquiriu, uma vez que parece mais importante impedir o Estado de transgredir do que o induzir a agir.

O controle social constitui um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição de 1988 e significa o entendimento, a participação 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. O controle social propicia a vivência dessa democracia direta, conduzida pelo povo. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no planejamento, realização e avaliação das atividades do governo em relação à garantia do direito humano à saúde. Dessa forma, o cidadão tem o poder de fiscalizar a aplicação do dinheiro público na saúde; verificar se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa.

Nessa perspectiva, embora o surgimento da prática da participação social tenha sido inicialmente motivado pela necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado, argumenta-se neste artigo que 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. Para auxiliar a sociedade no exercício do controle social na área da saúde há várias esferas de participação popular no âmbito da hierarquia do SUS: Conferência Nacional de Saúde, Plenária Regional de Saúde, Conferência Estadual de Saúde, Conferência Municipal de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Comissões Locais de Saúde.



A ideia de criar os Conselhos de Saúde no Brasil remonta a 1937, quando a lei 378 reorganizou o Ministério da Educação e Saúde e instituiu o Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao qual, juntamente com o Conselho Nacional de Educação, foi estabelecida a atribuição de “assistir” o Ministério. Posteriormente, o Decreto 99.438/90 criou o novo Conselho Nacional de Saúde, que ainda não possuía uma atuação realmente significativa na esfera da saúde (GONÇALVES, 1999).

A Lei nº 8.142/90 determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar conselhos de saúde. Esta lei estabelece que o Conselho, em caráter permanente (órgão que não pode ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal, apenas por uma lei federal) e deliberativo (expressa o objetivo de discutir assuntos para se chegar a uma decisão), é um órgão colegiado (composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade), que atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, § 2º). Devem, também, aprovar o Plano de Saúde, o orçamento setorial, avaliar os serviços de saúde e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros (CAMPOS, 2009).

A instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa foi fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implementação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Os CMS têm, portanto, uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos dos atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nesse sentido, espera-se que os CMS não apenas funcionem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (VAN STRALEN et. al, 2006).

Os CMS são integrados por representantes: do governo, dos prestadores de serviços particulares e sem fins lucrativos, dos profissionais e dos usuários. Estes últimos dispõem da metade dos representantes e a outra metade é repartida entre os membros das outras categorias. A paridade entre representantes das comunidades e outros membros garante, na intenção do legislador, a possibilidade de um real controle da comunidade na execução das políticas e dos planos de saúde.

Resultados de diferentes pesquisas demonstram o grande potencial dos CMS como espaço de participação social, seja para a aquisição de valores cívicos entre os representantes dos diversos setores da sociedade que integram este colegiado, ou ainda para promover o fortalecimento da democracia (LABRA e FIGUEIREDO, 2002). Há um amplo consenso sobre o relevante valor social desses fóruns de participação dos cidadãos e seu papel decisivo na construção dos processos democráticos em saúde (BATISTA e MELO, 2011). Trata-se de espaço social descentralizado, democrático e aberto às comunidades, cujo objetivo é facilitar o acesso da população, tanto urbana como rural, ao processo de discussão e deliberação sobre assuntos referentes à saúde coletiva, podendo favorecer o entrosamento e o crescimento dos participantes (SERAPIONI e ROMANI, 2006).

Entretanto, as mesmas pesquisas apontam questões críticas referentes à atuação dos conselheiros do segmento dos usuários, que mereceriam ser atentamente investigadas. Dentre elas cabe destacar: a) o nível de representatividade dos CMS. Nesse sentido, diversos estudos nacionais questionam a difícil ou escassa relação entre conselheiros e seu segmento de apoio (VAN STRALEN et al., 2006; COTTA et al., 2010; BISPO e GERSHMAN, 2013); b) a capacidade de autonomia e independência dos representantes dos usuários em relação ao secretário e técnicos da secretaria de saúde e, em geral, em relação ao saber e poder médico na formulação das políticas de saúde. A preocupação pela concentração das informações nos gestores e nos técnicos e pela relação assimétrica entre os conselheiros-usuários e os demais representantes é um tema constantemente afluído nas pesquisas realizadas com os CMS no Brasil (WENDHAUSEN e CAPONI, 2002; CRACO e ALMEIDA, 2004; BATISTA e MELO, 2011) e c) a capacidade efetiva do CMS de influenciar o planejamento e a programação de saúde do município. Resultados de algumas pesquisas demonstram que os conselheiros-usuários ainda exercem uma influência parcial sobre as decisões do CMS (LABRA e FIGUEIREDO, 2002; SERAPIONI e ROMANI, 2006; JORGE e VENTURA, 2012).

Para Avritzer (2011, 16), a participação deliberativa inclui duas etapas importantes: uma primeira etapa de discussão e deliberação no interior de instituições, tais como os conselhos e orçamentos participativos, que “envolvem tanto atores da sociedade civil quanto atores estatais”; e uma segunda etapa que “envolve mais fortemente atores estatais, que é a da implementação destas decisões pelo estado”. Também no caso dos sistemas de saúde, os mecanismos participativos, tanto os deliberativos como os mais tradicionais, devem mostrar a capacidade de gerar recomendações e exercer algumas formas de influência nos decisores políticos.

Nesse prisma, é fundamental buscar conhecer distintas experiências de participação social e as possibilidades de atuação dos diferentes atores envolvidos, assim como a qualidade desses processos e os efeitos gerados. Dessa forma, apresenta-se a seguir a categoria temática “Participação, controle social e comunidade local” e as subcategorias “Importância do Conselho Municipal de Saúde”, “Ausência de Cultura Participativa” e “Falta de acesso à informação e (des)controle social”, que resultaram da análise das entrevistas realizadas com integrantes do CMS estudado. Algumas falas foram selecionadas para ilustrar os sentidos atribuídos pelos participantes aos temas emergentes.

PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E COMUNIDADE LOCAL

IMPORTÂNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nessa subcategoria, emergiam as perspectivas dos participantes a respeito da importância do Conselho Municipal de Saúde para a população das comunidades locais. Um conselheiro da gestão (P7), um dos trabalhadores e prestadores de serviço (P4) e outro representante dos usuários (P10) mencionaram a importância dos Conselhos Locais para a população e a imprescindibilidade de saber ouvir as necessidades comunitárias.

Ouvir os Conselhos Locais para saber as necessidades dos bairros, principalmente nas regiões de periferia que precisam mais do sistema de saúde, qual seria a necessidade. É a maneira que eles têm de ser ouvidos (P7).

Ainda em relação à importância dos Conselhos, um conselheiro do segmento dos trabalhadores (P4) destacou a relevância do envolvimento e a razão para exercer tal trabalho, especialmente na atenção básica, buscando sempre uma aproximação com as pessoas.

Você tem que participar, se envolver com a comunidade, porque senão, não tem porque de você ter o trabalho. A atenção básica é isso, é o serviço que fica mais próximo da comunidade, é a atenção básica. Todo mundo critica a ponta do iceberg, o hospital não dá conta, mas se você olhar embaixo, é muito mais (P4).

Um conselheiro dos usuários (P10) explicou que a importância de sua atuação está na participação ativa, se fazendo presente nos postos de saúde, analisando quais as demandas, solicitando o que está em falta e organizando este serviço que é voltado para ajudar as pessoas.

Na minha opinião, o conselho local de saúde é pra gente ajudar as pessoa, por exemplo, você vai no posto você vai ver o que está faltando, remédio que está faltando, se está faltando médicos, se os funcionários tratam os pacientes de acordo, se está tendo tudo organizado certinho, porque às vezes falta médico, então você tem que chegar no Conselho e fazer um pedido que está faltando médico, um pediatra, então a gente tem que fazer tudo isso daí certinho (P10).



AUSÊNCIA DE CULTURA PARTICIPATIVA

A subcategoria “ausência de cultura participativa” abrangeu o distanciamento, por parte da população, com relação à participação social. Os achados desta pesquisa demonstraram que, para um conselheiro representante do segmento dos usuários (P9), há falta de interesse da população no CMS; para um representante dos trabalhadores (P4), há ausência do conhecimento sobre as funções desse órgão, bem como de quem são os seus representantes; e para o representante dos gestores (P7), há certa dificuldade dos conselheiros em aproximar a população da participação social.

As pessoas não têm conhecimento do que é ser conselheiro, do que é você fazer parte do Conselho Municipal (P4).

Eu acho que as pessoas têm muito pouco interesse em querer saber, em querer participar, em querer estar junto, em querer saber o que está acontecendo (P9).

Eu vi muita reunião, os membros usuários, os conselhos locais, falando da dificuldade que eles tinham de convencer o pessoal da comunidade em participar, a vir para a unidade ver o que estava acontecendo (.....) Eu acho que é difícil trazer a comunidade (P7).

FALTA DE ACESSO À INFORMAÇÃO E (DES)CONTROLE SOCIAL

Ainda no âmbito da categoria participação, controle social e comunidade local, emergiu a temática da falta de acesso à informação e o (des)controle social. Nesta, um conselheiro do segmento dos trabalhadores (P4) abordou a falta de conhecimento a respeito do poder que a população tem em mãos, mas que dele não faz uso.

Eu entendo que o conselho é super importante, mas a gente vê que a população não se apropria daquilo que é de direito. (...) As pessoas não entendem o que elas têm na mão, o poder que elas têm na mão, o poder de voz, e talvez por isso que a gente não consiga brigar tanto pela saúde (...) (P4).

No tocante à falta de informação, o conselheiro trabalhador (P4) apontou ainda que as pessoas não possuem conhecimento da magnitude do que é ser conselheiro, do peso que é exercer essa função dentro dos conselhos.

As pessoas não têm conhecimento do que é ser conselheiro, do que é você fazer parte do Conselho Municipal. Pensam que é só para aprovar as contas da saúde. (P4)..

Um peso muito grande, não é qualquer coisa, as pessoas não têm muito esse norte do que é (P4).

Os dados demonstram que os Conselhos Municipais de Saúde, na mesma concepção de outras instâncias gestoras de políticas públicas, centram suas atividades no exercício da participação da sociedade civil, em um (relativamente) novo arranjo institucional com potencial para conferir legitimidade e participação social nos processos de decisão política. Contudo, os estudos no assunto têm apontado para uma limitação nessa arquitetura participativa, que carrega consigo o paradoxo de ser, de um lado, uma potência para influenciar políticas setoriais, ao mesmo tempo em que parece



apresentar “baixa capacidade para incidir nas correlações de força que conformam o jogo político em suas áreas específicas” (ALMEIDA, TATAGIBA, 2012, p. 71).

No âmbito da saúde, o engendramento da participação social ganha ainda mais importância por desmistificar a concepção segundo a qual apenas o saber técnico seria capaz de transformar a realidade e promover melhoria da qualidade de vida (WENDHAUSEN, 2007).

Por outro lado, vários estudos demonstram que a falta de capacitação verificada às vezes no segmento dos usuários prejudica a participação social (ROCHA et al., 2020; VENTURA et. al., 2018; BASTOS FILHO, 2015), e que desigualdades socioeconômicas e sociopolíticas anteriores acentuam essas disparidades e provocam exclusão, que é reforçada pela falta de capacitação e de informação que levariam ao equilíbrio dos diferentes níveis de escolaridade (LÜCHMANN, 2002).

Nesse contexto, torna-se imprescindível conhecer não apenas quem participa do processo deliberativo, mas principalmente como este se dá, com vistas ao alcance de maior qualidade em seu processo (PIRES, 2011).

A fala dos participantes permitiu avaliar a efetividade da participação cidadã neste espaço e o sentido de participação a partir da experiência vivenciada por seus membros que atuam no controle social da gestão de saúde pública municipal. De modo geral, observou-se, no discurso, que os conselheiros da presente pesquisa reconhecem a importância do desempenho da função que realizam frente ao Conselho, especialmente a de representar inúmeros cidadãos na luta por melhores condições no SUS (SOUZA, 2012). Esta, aliás, é a principal motivação que os conselheiros encontram nesta atuação, embora pesquisas na área sugiram que processos avaliativos nos Conselhos poderiam contribuir para mudanças mais concretas na realidade e, com isso, com o aumento do nível de motivação (SIQUEIRA, 2014).

Para Serapioni (2014), torna-se urgente que investigadores, em conjunto com os Conselhos/Conselheiros, desenvolvam atividades de avaliação das experiências de participação, enfocando não somente a qualidade dos processos, mas também os efeitos gerados. Esta é a maior preocupação de muitos estudiosos que identificam a avaliação dos dispositivos de envolvimento dos cidadãos como uma área ainda descuidada na literatura sobre participação social.

A composição eclética dos Conselhos Municipais de Saúde, nesse contexto, é um aspecto da realidade da participação social que merece atenção e que, por vezes, pode representar até mesmo um entrave ao processo participativo (FUKS, 2005; REZENDE, MOREIRA, 2016). Alguns estudos apontam dificuldades à participação social ligadas ao predomínio do discurso técnico dos gestores (WENDHAUSEN, 2002; FUKS, 2005) e à persistência de uma cultura política autoritária nos conselhos municipais (WENDHAUSEN, 2002). Quanto aos recursos financeiros individuais dos



conselheiros, é incontestável a desvantagem dos usuários quanto à renda auferida individual e mensalmente por eles, e também quanto ao grau de escolaridade daqueles, quando em comparação aos demais segmentos (FUKS, 2005; GERSCHMAN, 2004; TATAGIBA, 2002).

Em relação aos resquícios da cultura política autoritária, é possível que a própria falta de dissenso nas votações das propostas (muitas aprovadas com unanimidade) seja um indicativo de “filtro” definidor de quais serão debatidas e quais serão excluídas dessa esfera política, seja porque o Conselho apenas coloque em pauta temas consensuais, seja porque alguns segmentos “imponham” determinados temas de seus interesses próprios (FUKS, 2005; COBB & ROSS, 1997).

Algumas pesquisas descrevem que o conhecimento especializado de algumas categorias, especialmente a dos trabalhadores e prestadores de serviços e da gestão, em sua maioria compostas por conselheiros com formação superior, pode contribuir para a despolíticação da participação desses segmentos, mascarando interesses sociais, burocratizando a atuação dos conselheiros (COHN, 2009; KEZH, BOGUS, MARTINS, 2016) e com isso centralizando a produção de informação na tecnoburocracia, enfeixada em relações de poder que autorizam o protagonismo da fala sobre o sistema a apenas um segmento (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005).

Todas essas percepções podem se relacionar, em alguma medida, à ausência de capacitação dos conselheiros, já que o enfraquecimento do processo de troca de saberes, de estímulo ao pensamento crítico e até mesmo criativo contribui para uma atividade tecnicista e reprodutiva de práticas que não fortalecem ou deixam de inovar em políticas públicas (SOUZA, 2012). Nesse contexto, faz-se necessário, portanto, reforçar a autonomia dos Conselhos a partir da oferta de cursos de capacitação técnica.

A capacitação é uma ferramenta importante para suprir carências também quanto à consulta e prestação de contas (BEZERRA, 2009) e utilização de recursos públicos destinados à saúde municipal, o que se mostra imprescindível no estágio atual de amadurecimento da democracia brasileira.

Ademais, a capacitação promove maior autonomia dos conselheiros no cenário da participação social, já que a força política se revela condicionada à habilidade de argumentação e à capacidade de apropriação de novos conhecimentos e informação. Trata-se, aliás, de recomendação do próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A qualificação da participação dos conselheiros na gestão em saúde somente será garantida se houver autonomia dos diversos segmentos, até mesmo para equilibrar politicamente as forças nas tomadas de decisão.



Nesse debate, pesquisa de Siqueira (2014) discute o uso de ferramentas tecnológicas, especificamente o Mapa Conceitual (MC) , na capacitação dos conselheiros de um Conselho Municipal de Saúde, ou seja, em um espaço não tradicional de ensino; isso não significa, contudo, que não haja aprendizados por parte dos envolvidos na participação social do CMS, muito pelo contrário, os estudos da área relatam esse processo (LIMA, 2014; BORTOLI, KOVALESKI, 2019), o que também foi apreendido na presente pesquisa no contexto do município estudado.

A pesquisa supramencionada dividiu os conselheiros de um CMS de Minas Gerais em dois grupos e orientou no processo de construção coletiva dos MCs, com isso possibilitando um aprendizado interativo e colaborativo, o que se mostrou ser um diferencial em um espaço caracterizado pela disputa permanente de diferentes interesses. A pesquisadora, porém, faz uma ressalva quanto às limitações que deverão ser observadas no caso concreto, por exemplo, aquelas ligadas à dinâmica de funcionamento do Conselho local (frequência e duração dos encontros).

Nessa temática, a literatura reconhece a falta de capacitação permanente dos conselheiros. A respeito dos fatores de ordem técnica, as pesquisas são uníssonas quanto aos entraves técnicos relativos à incompreensão dos conselheiros sobre o teor dos relatórios orçamentários que lhes são apresentados para avaliação (COTTA et al., 2009; GONÇALVES et al., 2011; SIQUEIRA, 2014).

Assim, no tema da aprovação de contas, as falas das entrevistas indicaram uma postura ainda bastante passiva, de subordinação e dependência de alguns conselheiros, especialmente representantes dos usuários, a instituições que controlam e decidem o uso dos recursos de que dependem (VENTURA, MIWA, SERAPIONI, 2017), o que pode resultar em desmotivação à participação social, e que foi descrito por vários conselheiros.

Quanto à visibilidade das ações desenvolvidas no Conselho, e de sua interação com a comunidade local, muitos participantes da pesquisa reconheceram a falta de acesso à informação e o desconhecimento da população que vive no município estudado a respeito da existência do CMS e de sua função e importância.

Na legislação brasileira em vigor que regulamenta o assunto, a Resolução nº 333/2003 define como competência dos Conselhos a divulgação dos trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local das reuniões.

O Conselho Municipal de Saúde constitui espaço propulsor de cultura cívica e de acesso à saúde, com potencial para desempenhar um papel importante de mudança social. Contudo, a medida deste potencial está diretamente relacionada ao comprometimento dos conselheiros, de modo geral, com a publicização de suas ações, aproximando-os da população.



Conforme foi apurado no presente estudado, a percepção dos conselheiros participantes é a de que a população desconhece a própria existência do Conselho e de sua importância, não imaginando, por essa razão, a sua potencialidade para mudanças e os poderes que lhes são conferidos por meio da participação social, o que também é descrito com frequência pelas pesquisas realizadas na área (PIRES, 2010; SOUZA, 2012), algumas relatando, inclusive, a ausência de um canal de comunicação do CMS para com a sociedade civil (COTTA, 2010).

É perceptível, ademais, certa descrença por parte daqueles que conhecem, ainda que minimamente, a participação social como forma de manifestação da cultura participativa e de controle social do Estado (FLEURY, 2006).

Tal descrença é explicada não apenas pela construção política brasileira, mas pela cultura estadista que ainda é predominante, na qual a sociedade credita ao Estado toda a centralidade das soluções dos problemas cotidianos, percebendo-o como uma instância de dominação e alheia à população (GASTAL, GUTFREIND, 2007), bem como compreendendo o direito à saúde como uma caridade ou benefício concedido pelo Estado (PIRES, 2010).

Ventura et al (2017) orientam, nesse debate, que o fortalecimento da cultura participativa não deve se pautar apenas na relação estabelecida com o ente estatal e os governantes/gestores, uma vez que perpassa também pela consideração do contexto atual no qual os cidadãos estão inseridos, o que implica reconhecer as condições deficitárias de acesso à informação, de formação, além da consideração da frustração proveniente de tentativas inócuas de participação, o que prejudica profundamente o interesse e a mobilização da sociedade civil.

Nesse sentido, os conselheiros do presente estudo descrevem a falta de acesso da população sobre os projetos e discussões realizados no âmbito do CMS, bem como sobre seu próprio direito humano à saúde. Salienta-se, assim, a relevância da educação em direitos (VENTURA et al., 2012).

A literacia em saúde é uma concepção que tem ganhado destaque nos domínios da saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a literacia constitui um “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998).

Muito além de um letramento, segundo indicaria uma tradução fiel da palavra grafada em inglês literacy, a literacia atualmente está “associada a um processo educacional mais amplo, que envolve práticas sociais e culturais” (ROSA, 2016, p. 25).



Diante do potencial de autonomia da literacia enquanto processo que envolve práticas sociais e culturais, a literacia em direitos emerge como um dos mecanismos de acesso à justiça e de promoção de igualdade ao redor do mundo inclusive, e que poderia ser bem produtivo também no contexto da participação social nos CMS no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desigualdade é um fenômeno definidor da modernidade, não apenas pela tendência à concentração de riquezas característica das economias capitalistas, mas também pela persistência de clivagens socioculturais que historicamente estruturam hierarquias e se entrelaçam produzindo e reproduzindo desigualdades sociais (SÁNCHEZ, 2021). Nesse contexto de desigualdades marcantes, constata-se que a eficácia e efetividade dos direitos humanos não se materializam em nossas sociedades (MACHADO, 2017).

Buscando entender melhor alguns obstáculos enfrentados para a efetivação do direito à saúde, este artigo descreve experiências internacionais e no Brasil de participação social, enfatizando os desafios para o exercício da saúde como direito, por meio da prática participativa. Inicia, portanto, uma discussão importante no âmbito jurídico sobre a relevância da participação social para a efetivação do direito à saúde e o desenvolvimento social e humano.

Nesse sentido, ressalta-se o potencial transformador do referencial dos direitos humanos, quando emerge da mobilização da própria sociedade, em contextos plurais e que valorizam a autonomia e protagonismo de diferentes sujeitos de direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULMALIK, J. et al. The Mental Health Leadership and Advocacy Program (mhLAP): A pioneering response to the neglect of mental health in Anglophone West Africa. **International Journal of Mental Health Systems**.v.8, n.1, art. nº. 5, 2014. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-5>.

ALMEIDA, Lindijane de S. B; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, 2012.

AVRITZER, L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires, R.R.C. (org.), **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicado – IPEA, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.



BASTOS FILHO, R. A. **Representação e o papel do conselho municipal de saúde de viçosa-MG no contexto local**: a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil. 111 fl. Dissertação (Mestrado em Administração)- Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, 2015.

BATISTA, E.C.; MELO, E.M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 337-347, 2011.

BEZERRA, C. K. F.; ARAÚJO, M. A. D. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo - PB: um estudo sobre participação. *Rev. adm. saúde*, São Paulo, v. 11, n. 42, p. 30-42, jan./mar. 2009.

BISPO JUNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2013, 18(1): 7-16.

BORTOLI, F.R.; KOVALESKI, D.F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1168-1180, Oct. 2019 Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401168&lng=en&nrm=iso>.

CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CARVALHO, A.I. **Conselhos de saúde no Brasil**. Participação cidadã e controle social, Rio de Janeiro, IBAM/Fase, 1995.

COBB, R. W. & ROSS, M. H. (eds.). **Cultural Strategies of Agenda Denial**: Avoidance, Attack, and Redefinition. Kansas: Kansas University, 1997.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012. Suplemento 1.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; RODRIGUES, J.F.C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M., MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2437-2445, 2010.

CRACO, P.F.; ALMEIDA, M.C.P. (2004), A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas, *Ver. Bras. Enferm*, 57 (2): 188-192.

CRAWFORD, M.J.; RUTTER, D.; MANLEY, C.; WEAVER, T.; BHUI, K.; FULOP, N.; TYRER, P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, United Kingdom, v. 325, p. 1263, 2002. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1263>.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2005.

ELLENBECKER, C. H.; EDWARD, J. Conducting Nursing Research to Advance and Inform Health Policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. v.17(4), p.208-217, 2017.



FLEURY, S. **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

FUKS, M. Participação e influência política no

FUKS, M. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 25, p. 47-61, Nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200006&lng=en&nrm=iso>.

GASTAL, C.L.C.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1835-1844, 2007.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670- 1681, 2004.

GONÇALVES, M.L. **Participação Social no Sistema Único de Saúde:** a experiência do Conselho Municipal de Ribeirão Preto – SP. 1999. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GREENBERGER, C.; HARON, Y.; RIBA, S. The Nursing Division of the Israeli Health Ministry Moves Nursing Into the Forefront of Health Care. **Policy, Politics, & Nursing Practice**. v.15(1-2), p. 49-57, 2014.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 797-805, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. **A Promoção da Saúde e a Concepção Dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. 296 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HJERTSTRØM, H. K.; OBSTFELDER, A.; NORBYE, B. Making New Health Services Work: Nurse Leaders as Facilitators of Service Development in Rural Emergency Services. **Healthcare** (Basel). v.6 n.4, p.128, 2018.

JORGE, M.S.; VENTURA, C.A. Municipais de Saúde e a gestão participativa, **Textos & Contextos** (Porto Alegre), 2012, 11 (1): 106-115).

KEZH, N.H.P.; BOGUS, C.M.; MARTINS, C.L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 950-963, Dez. 2016. Disponível el: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400950&lng=en&nrm=iso>.

KUNAVIKTIKUL, W. et al. Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand. **Nursing & Health Sciences**. v.12 n.2, p. 221-227, 2010.

LABRA, M.E., Figueiredo, J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002; 3:537-47.



LIMA, P.P.F, ALENCA, J.L.O, RIBEIRO, U.C et al. **Conselhos Nacionais**: elementos constitutivos para sua institucionalização. Brasília, DF: Ipea; 2014.

LÜCHMANN, L. H. H. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 38, n. 161, p. 43-79, 2002.

MAAITAH, R. A. 1.; ABUALRUB, R. F. Exploration of priority actions for strengthening the role of nurses in achieving universal health coverage. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25(2819), 2017.

MASON, T.; WILKINSON, G.W.; NANNINI, A.; MARTIN, C.M.; FOX, D.J.; HIRSCH, G. Winning Policy Change To Promote Community Health Workers: Lessons From Massachusetts In The Health Reform Era. **Am J Public Health**. v.101 n.12, p.2211– 2216, 2011. Disponível em: . DOI:10.2105/AJPH.2011.300402.

MINARDI, M. C. R.; CARDOSO, M. P.; SIQUEIRA, B. R.; CASTRO, F. S. do C.; PRIORE, S. E.; FARIA, M. F. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121- 1137, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103>.

O'CONNOR, S. Using social media to engage nurses in health policy development. **Journal of Nursing Management**. V. 25, n. 8, 2017, pp. 632-639.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova York, jul. 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro, 2011.

OROZCO-NUNEZ, E. et al. Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. **Salud Pública México**, Cuernavaca, v.51, n.2, p.104-113, 2009.

O'ROURKE, N. C.; CRAWFORD, S. L.; MORRIS, N. S.; & PULCINI, J. Political Efficacy and Participation of Nurse Practitioners. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, v.18, n.3, p.135– 148. 2017. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1527154417728514?urlver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=crpub%3dpubmed>. DOI: [org/10.1177/1527154417728514](https://doi.org/10.1177/1527154417728514).

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev saúde pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e Justiça Internacional**. São Paulo: Saraiva, 2006.

PIRES, R.R.C; VAZ, A.C.N.; ALMEIDA, A. Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. In: Pires RRC, organizador. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília, DF: IPEA; 2011. p. 347-364.

QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gadiva, 1998.



RAEFFRAY, A. P. O. **Direito da Saúde**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

REZENDE, R.B.; MOREIRA, M.R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1409-1420, May 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501409&lng=en&nrm=iso>.

ROBERTSON-JAMES, C. et. al. Promoting Policy Development through Community Participatory Approaches to Health Promotion: The Philadelphia Ujima Experience. **Women's Health Issues**. v. 27, p. S29-S37, 2017. Supplement 1. Disponível em: . DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.09.001>.

ROCHA, J. C. S. **Direito da Saúde: Direito Sanitário na Perspectiva dos Interesses Difusos e Coletivos**. São Paulo: LTr, 2011.

ROCHA, M.B.; MOREIRA, D.C.; BISPO JUNIOR, J.P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105013&lng=en&nrm=iso>.

ROSA, B. B. **A transdisciplinariedade das literacias emergentes no contemporâneo conectado: Um mapeamento do universo documental das literacias de mídia e informação (mil)**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas)- Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

RUANO, A.L. The role of social participation in municipal-level health systems: the case of Palencia, Guatemala. **Global Health Action**. v. 6(1), 2013.. DOI: 10.3402/gha.v6i0.20786.

SANCHEZ, D. R. **Alguns demônios dos direitos humanos no contexto da globalização**. In: IGREJA, R. L., NEGIR, C. (org). *Desigualdades globais e justiça social: interfaces teóricas, acesso à justiça e democracia*. Brasília, DF: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2021, pp. 40-74.

SÁNCHEZ, D. **Derechos humanos instituyentes, pensamiento crítico y praxis de liberación**, Ciudad de México, Akal, 2018.

SERAPIONI, M; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006, 22 (11):2411-2422.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, 19,12:4829-4839.

SHARIFF, N.; POTGIETER, E. Extent of East-African Nurse Leaders' Participation in Health Policy Development. **Nursing Research and Practice**. v. 2012, Article ID 504697, p.7, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/504697>.

STIGLITZ, J. E. **Globalization and its discontents**. New York-London: WW Norton Company, 2003.

SIQUEIRA, R. L. **Análise do perfil técnico, representativo e do potencial das estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem no desenvolvimento de competências para a participação social no contexto do Sistema Único de Saúde**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Ciência da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2014.



SOUZA, T. O.; SILVA, J. M.; NÓBREGA, S. S.; CONSTÂNCIO, J. F. Controle social: um desafio para o Conselho de saúde. **Rev. Bra. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 215-21, mar-abr 2012.

TAYLOR, M. R.S. Impact Of Advocacy Initiatives On Nurses' Motivation To Sustain Momentum In Public Policy Advocacy. **Journal of Professional Nursing**, v. 32(3), p. 235-245, 2016.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

VANDENHOUTEN, C. L.; MALAKAR, C. L.; KUBSCH, S.; BLOCK, D. E.; & GALLAGHERLEPAK, S. Political Participation of Registered Nurses. **Policy, Politics, & Nursing Practice**. v.12(3), p. 159–167. 2011. Disponível em: DOI: org/10.1177/1527154411425189.

VAN STRALEN, C.J.; LIMA, A.M.D., SOBRINHO, D.F., SARAIVA, L.E.S., VAN STRALEN, T.B.S., BELISARIO, S.A. Conselhos de saúde: efetividade do controle em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul, **Ciências & Saúde Coletiva**, 2006, 11(3): 621-632.

VENTURA, C. A. A. Saúde e desenvolvimento humano: a enfermagem e o direito humano à saúde no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1. 2008, pp. 137-142.

VENTURA, C. A. A.; et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 893-8, nov.-dez. 2012.

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, pág. 907-920, dezembro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400907&lng=en&nrm=iso.

VENTURA, C.A. A.; SERAPIONI, M. ; MIWA, M. J. ; JORGE, M. S. . Scope and Limitations of Municipal Health Councils: A Case Study. **World Medical & Health Policy**, v. 10, p. 65-82, 2018.

WADDELL, A. Nursing Organizations' Health Policy Content on Facebook and Twitter Preceding the 2016 United States Presidential Election. **JAN Leading Global Nursing Research**. v. 75, n.1, p.119-128. 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13826>> DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13826>.

WENDHAUSEN A; CAPONI S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**; 2002, 6:1621-1628.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO; 1998.

WILLERS, M.M.; ANGST, F. Conselhos populares: espaços de participação social para efetivação dos direitos sociais. In: **SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO EM COMERCIO INTERNACIONAL, DESENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO REGIONAL**, 8., 2017, Cerro Largo/RS. Universidade Federal da Fronteira do Sul Campus. 2017.

WITT, R. R.; ARANGO, A. L. V. **Saúde e Direito**: Estudo comparado sobre a concepção de saúde e o alcance deste direito à luz da normatividade constitucional, legal e regulamentaria, dos desenvolvimentos jurisprudenciais e dos instrumentos de política dos sistemas nacionais de saúde. Brasil e Colômbia, 2005.



ZACHARIADIS, M. et al. Leadership Of Healthcare Commissioning Networks In England: A Mixed-Methods Study On Clinical Commissioning Groups. **BMJ Open**. 3: e002112, 2013.

Sobre as autoras:

Carla Aparecida Arena Ventura

Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília (UnB), Bacharel em Direito pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Advogada, Mestre em Direito pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Doutora em Administração pela Universidade de São Paulo (USP), Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Direito pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Universidade de São Paulo e Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3513361005993699>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0379-913X>

E-mail: caaventu@gmail.com

Jete Jane Fiorati

Possui graduação em Direito pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1990), mestrado em Direito (1992) e doutorado em Direito ambos pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1995). É livre docente em Direito Internacional pela UNESP e atualmente é professora adjunta e efetiva da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Realizou Pós doutorado na Alemanha no Max Planck Institut für ausländisches und internationales Privatrecht. É assessora científica da FAPESP e bolsista Pq do CNPq. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito do Comércio Internacional, atuando principalmente nos seguintes temas: organização mundial do comércio, empresas transnacionais, investimentos internacionais, comércio internacional de serviços, em especial serviços de telecomunicações, lex mercatoria, direito do comércio internacional e direito internacional do mar e do meio ambiente. É membro da OAB e da ILA- International Law Association.

Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3221450654634816> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3139-4466>

E-mail: jete.jane@unesp.br

Patrícia de Paula Queiroz Bonato

Doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP. Mestra em Direito e Desenvolvimento pela Universidade de São Paulo- FDRP/USP (2017), com ênfase de estudos em execução penal (saúde prisional). Possui especialização em Tutorias em Educação a Distância (2019). É advogada, graduada em Direito pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- UNESP (2015). Atualmente, é professora auxiliar do Curso de Especialização em Ciências Criminais da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da USP (FDRP/USP). É revisora da Revista Brasileira de Ciências Criminais e pesquisadora no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP.

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7667452623061506> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1759-6870>

E-mail: patricia.bonato@usp.br

Samira Janis Eugenio

Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Iniciada especialização em Auditoria de Contas Médica e Hospitalares pela instituição de ensino AVM, Brasília. Atuação profissional como Auditora de Contas Médicas e Hospitalares, pela operadora de planos de Saúde, São Francisco. Mestre em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0717513244787291>

E-mail: samira.eugenio@usp.br

As autoras contribuíram igualmente para a redação do artigo.



Rev. Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 16, N.02., 2023, p. 729 - 759

Carla Aparecida Arena Ventura, Jete Jane Fiorati, Patrícia de Paula Queiroz Bonato e Samira Janis Eugenio

DOI: 10.12957/rqi.2023.65489