

# | 1178 | COMUNIDADES SAUDÁVEIS - SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE COMUNIDADES POPULARES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

*Daniella do Amaral Mello Bonatto*

## **Resumo**

A proposta de Municípios e Comunidades Saudáveis, criada no Canadá e fomentada pela (MCS) Organização Mundial de Saúde objetiva a construção de políticas públicas para melhoria na qualidade de vida. Seu enfoque operacional é a intersectorialidade e a participação social e o embasamento conceitual, a Promoção da Saúde. Este artigo analisa a apropriação do ideário de MCS por representantes de comunidades populares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, organizados como Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do RJ (RCS) e os efeitos desta Rede em suas práticas comunitárias e políticas. Dentre os resultados observados, destaca-se: a inserção da RCS no contexto das redes de mobilizações civis; a associação do formato rede à ideia de fortalecimento; a RCS como espaço de formação, de conteúdos e de práticas comunitárias e políticas; a ampliação do poder objetivo e simbólico dos seus participantes; a RCS enquanto espaço de sociabilidade, apoio, reconhecimento mútuo e troca de informação. Porém, embora a participação na RCS tenha qualificado a ação comunitária, observa-se a fragilidade dos espaços participativos - institucionalizados ou não - em conferir à participação popular um poder de decisão sobre as políticas públicas. Embora haja reconhecimento desses atores sociais por parte do governo, figuram como “atores” a serem convidados pela gestão pública a participar de estratégias pré-definidas, não se efetivando enquanto “autores”. A maior clareza das demandas pelos atores comunitários e sua forte presença nos espaços de participação institucionalizados não são suficientes para que o poder público traduza as reivindicações em políticas ajustadas às comunidades.

**Palavras-chave:** Participação Social. Políticas Públicas. Qualidade de Vida. Cidades Saudáveis. Promoção da saúde.

## **Introdução**

Este artigo tem como objetivo analisar apropriação do ideário de Municípios e Comunidades Saudáveis por representantes de comunidades populares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, na forma da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro (RCS) - e os efeitos desta Rede nas práticas comunitárias e políticas desses representantes. Foi escrito com base em nossa pesquisa de Tese, denominada “Qualidade de vida urbana e participação social: a experiência da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro” (BONATTO, 2012), vinculada ao Programa de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional do IPPUR/UFRJ.

Este trabalho pretende desenvolver uma leitura analítica de um caso bastante particular, que nos permite pensar algumas possibilidades da ação coletiva para a transformação social. A metodologia de pesquisa envolveu análise documental, observação direta nas reuniões ordinárias da RCS e entrevistas semiestruturadas com participantes da RCS.

### **A construção da saúde como campo de domínio internacional**

Para melhor compreender a Rede de Comunidades Saudáveis e suas representações é necessário explorar as origens da discussão entre cidade e saúde, entre o urbano e o saudável, entre cidade e qualidade de vida, levantando o percurso teórico e prático da saúde na interface com o urbano.

Observamos que os surtos epidêmicos ocorridos mundialmente no século XIX ensejaram a constituição da saúde como questão de domínio internacional e conformaram o espaço urbano como campo de intervenção da saúde pública. As pesquisas científicas realizadas à época consolidaram um conhecimento da relação entre meio ambiente urbano e à saúde e abriram caminho para a observação dos determinantes da saúde.

As conferências internacionais de saúde mobilizaram os Estados para a criação dos organismos internacionais, primeiro a Oficina Sanitária Internacional em 1902 (futuramente denominada Organização Panamericana de Saúde) e, em 1946, a Organização Mundial de Saúde, os quais cristalizaram a saúde como campo internacional e abriram as portas para programas e campanhas difundidas internacionalmente.

A Constituição da OMS institucionalizou uma noção abrangente sobre a saúde humana, definida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades” (OPS, 2007, p.35). Ao se alargar o conceito de saúde incluindo o bem estar social, enfatizou-se a necessidade de que o governo de cada país estabelecesse não apenas um bom sistema de atendimento à saúde e medidas sanitárias adequadas, mas também medidas sociais adequadas.

### **A proposta de “Municípios e Comunidades Saudáveis”**

Nos anos 40 falou-se pela primeira vez em Promoção da Saúde, definida como uma das quatro tarefas essenciais da Medicina – promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação. As formas de se promover saúde foram também descritas - proporcionando “condições de vida decentes”, “boas condições de trabalho”,

educação, “cultura física” e formas de lazer e descanso, chamando-se a atenção para a necessidade de um “esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores, médicos e a população em geral” (Bonatto, 2012, p.58). Entretanto, a despeito de uma compreensão mais profunda do que determinava a saúde de uma população e dos esforços necessários para promovê-la, era apenas um entendimento restrito ao nível acadêmico e não estava generalizado enquanto forma de pensar e agir no campo da saúde. Somente a partir da década de 70, com a crise dos sistemas de saúde na América do Norte e Europa Ocidental e a constatação da ineficácia, da ineficiência e das grandes iniquidades em saúde é que se passou a dar atenção à necessidade de promover a saúde e não apenas tratar a doença. Novas concepções do processo saúde-doença-cuidado foram desenvolvidas, mais globalizantes e articulando saúde e qualidade de vida.

Vimos que foi nesse contexto que a Promoção da Saúde surgiu pela primeira vez no campo da Saúde Pública, no chamado “Informe Lalonde”, em 1974, escrito pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde - primeiro documento oficial a usar o termo “Promoção da Saúde” e a destacá-la como prioridade nas políticas de saúde, observando que investimentos unicamente em assistência não eram capazes de assegurar a saúde da população, uma vez que as causas principais de adoecimento e morte tinham origem nos outros três elementos componentes da saúde: o ambiente, a biologia humana e o estilo de vida. Este relatório inaugurou o que seria uma “nova” promoção da saúde, mostrando a necessidade de mudanças na política pública de saúde, na maneira de agir, mas, antes, na maneira de olhar e pensar sobre a saúde e os problemas de saúde, e uma forma específica de abordar as políticas públicas (Lalonde, 1974).

A repercussão mundial do Relatório Lalonde se refletiu na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, da qual resultou a Carta de Ottawa, principal documento sobre a Promoção da Saúde, que definiu os meios para promover saúde - construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes sustentáveis; fortalecer as ações comunitárias; desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde (Brasil, 2001).

A proposta de Municípios e Comunidades Saudáveis surgiu nesse contexto de forte discussão sobre a necessidade de novos rumos para as políticas de saúde e de se trabalhar na perspectiva da Promoção. Uma cidade saudável seria, pela definição original, “aquela que está continuamente criando e melhorando o seu ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente

no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida” (Mendes, 2000, p.19).

Toda a proposta de Municípios e Cidades Saudáveis (MCS) tem como base a construção do que seriam “políticas públicas saudáveis”, orientadas a partir da saúde, vista como qualidade de vida – saúde entendida como uma produção social, requerendo, portanto, processos participativos, sociais e institucionais orientados para a implantação dessas políticas, visando superar as iniquidades presentes na cidade. Assim, a implantação de municípios saudáveis dependeria de uma ação do governo, na figura do prefeito, que seria o gestor social ou o ator político condutor do desenvolvimento e implantação de políticas públicas saudáveis. Adotar esta proposta de MCS significa assumir uma política de governo que implica políticas integradas e radicais transformações nos processos de gestão urbana (OPS, 2004).

Isto posto, observamos o enorme desafio que se coloca para a implementação dessa proposta em um município. As inúmeras experiências iniciadas – algumas já abandonadas e outras em desenvolvimento – mostram que esse desafio torna-se por vezes um grande obstáculo, visto que depende, antes de tudo, da vontade política da figura do prefeito e, mudando-se a gestão, muitas iniciativas arrefecem ou são abandonadas. Dependem também da real articulação entre as secretarias – saúde, educação, habitação, saneamento, transporte etc – o que implica vencer uma disputa política e de campos do saber. Dependem de um comitê intersetorial que funcione relativamente harmônico. Dependem da apropriação não somente prática, mas teórica da proposta, ou seja, implica uma mudança na forma de observar, compreender e agir sobre a cidade, tendo saúde como sinônimo de qualidade de vida, mas sem deixar as especificidades do campo, no que diz respeito à assistência à saúde e sua rede pública. Se todos esses aspectos de entendimento e de vontade política forem acertados, resta ainda a dificuldade do “saber como” realizar políticas públicas integradas e a de incorporar verdadeiramente a participação social na gestão, ou seja, a dificuldade de permitir e consolidar uma participação que não seja figurativa, permitir à população e aos grupos organizados que sejam verdadeiramente atores sociais e co-autores das políticas públicas.

Outro desafio que fica implícito a esse processo é a construção de consensos. O sentimento de coletividade que implica em abrir mão de interesses mais particulares em favor do interesse coletivo é algo a ser exercitado em nossa sociedade. E, ainda que seja exercitado, como impedir que forças políticas escusas ou de grupos privilegiados, mais

potentes, influenciem e interfiram negativamente nos processos participativos? Acreditamos que o consenso por si não existe. A cidade é um palco de disputas e deve ser construída no embate positivo, pois é esse embate que permite ver que existem grupos mais vulneráveis, menos providos de políticas públicas e de recursos, que precisam ser vistos, ouvidos e atendidos.

Cabe, ainda, ressaltar que, do ponto de vista do urbano, falar em políticas públicas saudáveis ou em políticas que promovam a qualidade de vida é algo extremamente vago, requerendo um esforço grande de tradução em recortes interpretativos e estratégias, como elencar o que comporia a qualidade de vida numa cidade. Porém, ainda nessa tradução entrariam não apenas os aspectos mais objetivos – como habitação para todos, cobertura de cem por cento dos domicílios com rede de água, esgoto e limpeza urbana, vagas na educação pública em número suficiente para atender a cem por cento da demanda, cobertura de cem por cento da população pela Estratégia Saúde da Família, postos de saúde e hospitais em quantidade suficiente, taxa zero de desemprego, entre outros – mas os aspectos subjetivos como o tipo de lazer ou de cultura que se deseja, o qual varia imensamente conforme o grupo ou o lugar que ocupa no espaço social, segundo noção de Bourdieu (2000).

Por outro lado, a despeito de o conceito de qualidade de vida ser vago para se refletir diretamente em políticas públicas e de parecer pouco provável que o setor saúde exerça esse efeito aglutinador e “arrebataador” suficiente para transformar nossas práticas políticas, não podemos deixar de observar que é uma proposta válida conquanto decorre de um esforço de interpretar e intervir mais coordenadamente sobre a cidade contemporânea, assumindo o desafio de tratar sua complexidade, rejeitando o enfoque setorial e o enfoque desconectado do espaço social da cidade.

### **Uma experiência de Comunidades Saudáveis no Rio de Janeiro – representações sociais de atores comunitários e a ideia de rede**

A Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro (RCS) é uma rede criada e dinamizada por uma organização não governamental que trabalha no campo da Promoção da Saúde, denominada CEDAPS ou Centro de Promoção da Saúde. É composta por representantes de comunidades populares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro que desenvolvem trabalho social no campo da saúde, organizados em diversos tipos de instituições de base comunitária. Esta rede tem em sua composição dois tipos de ator social: a organização não governamental que presta assessoria técnica e as organizações sociais de

base comunitária (formalizadas ou não), representadas por moradores de comunidades populares que desenvolvem em suas localidades algum tipo de trabalho social voluntário.

A RCS foi criada em 2005, contando com a participação de 61 representantes comunitários, tendo atualmente com 153 participantes inscritos e uma média de 50 representantes nas reuniões ordinárias bimestrais.

Os representantes comunitários da formação inicial da RCS eram pessoas que realizavam trabalho em suas comunidades, por melhores condições de vida, saúde, educação, lazer, esporte, cultura, trabalho e renda. A maioria pertencia a associações comunitárias e algumas delas já estavam organizadas em um “grupo temático”, denominado Rede de Comunidades na Luta contra a Aids, que tinha projetos e estratégias comunitárias de prevenção e era dinamizada pela referida ONG, cujo objetivo era dar apoio, assessoria técnica e buscar espaços de articulação e ação.

A ideia da concepção da Rede de Comunidades pela ONG tem relação com outras experiências realizadas pela mesma. Uma delas é uma iniciativa de base territorial, na linha do desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), com foco na Promoção da Saúde, que desenvolveu de 2000 a 2001, chamada Iniciativa de Santa Cruz (Bonatto, 2001). Nesta iniciativa a proposta básica era a de integrar os serviços públicos daquela região administrativa, empresas, organizações não governamentais e moradores, para identificar problemas e propor planos de ação construídos participativamente, com a finalidade de minimizar ou resolver os problemas levantados. Foi um processo longo de articulação política local e a intenção da ONG era que essa iniciativa pudesse ser uma espécie de piloto dos Municípios e Cidades Saudáveis no Rio de Janeiro. Houve participação de diversas áreas da administração local, saúde, educação, cultura, trabalho, entre outras. Ao término desta experiência, o grupo mais atuante na Iniciativa de Santa Cruz decidiu focalizar as ações num único território, uma única comunidade, lançando a Iniciativa de Vila Paciência (Becker et al, 2005), comunidade de Santa Cruz, sendo a segunda experiência de desenvolvimento local com foco na Promoção da Saúde desenvolvida pela ONG, entre 2001 e 2004.

Do ponto de vista da articulação com o setor público, a Iniciativa não encontrou espaço para contribuir efetivamente na implementação de políticas públicas. As mudanças de governo fizeram mudar também os atores e o seu envolvimento com a comunidade, mostrando, mais uma vez que uma iniciativa social precisa do respaldo público para que tenha maior alcance e sustentabilidade. Houve uma maior entrada do Estado na

comunidade, entretanto, sem articulação com as ações já existentes, num típico modelo de ação pré-estabelecida, a despeito de toda e qualquer especificidade local.

Essas duas iniciativas territoriais com foco na Promoção da Saúde constituíram uma aproximação institucional com a proposta de ação no âmbito dos MCS, nas quais se empenhou fazer uma articulação política com as esferas de governo municipal e local, envolvendo diversos serviços. Porém, as experiências mostraram que o alcance foi bastante restrito devido à dificuldade de o poder público se manter presente ou comprometido com o processo todo. A participação ocorreu mais pela representação de pessoas, servidores públicos que simpatizaram com a proposta do que por um compromisso institucional da prefeitura ou Região Administrativa. A presença da sociedade civil era muito maior que a do poder público no desenvolvimento da Iniciativa e na implementação das ações, enfatizando a percepção sobre o poder de realização da sociedade civil e, por outro lado, a dificuldade da “vontade política” em somar esforços.

A outra experiência da organização que influenciou a criação da Rede de Comunidades Saudáveis foi a Rede de Comunidades na Luta Contra a Aids, também criada e dinamizada pela ONG, com foco na prevenção das DSTs mas que propunha o trabalho no território da comunidade como um todo. Esta experiência foi importante para a instituição e para as organizações de base comunitária que dela faziam parte pois constituiu uma primeira vivência em rede, com a proposta de trocar experiências, metodologias e fazer articulação com outras organizações e com o poder público. Cabe salientar que a ONG recebia uma grande cota de preservativos e material educativo do governo municipal, com a finalidade de capacitar e orientar as organizações comunitárias de forma que pudessem receber o repasse desses insumos, organizar suas atividades e realizar os relatórios técnicos de prestação de contas. Sendo assim, a Rede de Comunidades na Luta Contra a Aids era uma forma de organizar tanto o trabalho dos representantes comunitários, quanto da própria ONG.

Cabe, salientar que a criação de uma rede de comunidades saudáveis poderia representar uma maior visibilidade institucional não apenas para os representantes comunitários, como também para a organização não governamental que fazia essa assessoria. Poderia trazer tanto uma ampliação do campo de atuação dos atores comunitários dela participantes, quanto uma ampliação ou consolidação da ONG enquanto assessora técnica em Promoção da Saúde, cuja visão para fora era até então muito mais restrita ao trabalho de prevenção às DST/Aids. Assim, falar numa rede de comunidades no âmbito da

Promoção da Saúde representava um alargamento das possibilidades de atuação de organização do próprio trabalho institucional.

Observados os inúmeros desafios que a concretização da proposta de MCS traz, chama-nos atenção a experiência da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro, justamente por ser gerada por uma organização não governamental, negando a necessidade da presença *a priori* do poder público para instituir uma iniciativa. Por ser militante na área de saúde e aderir à Promoção da Saúde como campo conceitual e prático, a ONG desenvolve ações inspiradas nesse campo e na proposta de MCS. Entendendo que a vontade política é algo que não pode ser controlado, partiu daquilo que observava já ser existente: ações comunitárias visando melhoria da saúde nas comunidades e da qualidade de vida.

Mas como essa proposta surgida num país do primeiro mundo poderia ser apropriada por atores comunitários? A pesquisa permitiu constatar que, assim como as universidades – através dos departamentos e faculdades de Saúde Pública ou Saúde Coletiva - tiveram papel determinante na apropriação da proposta de cidades saudáveis nas redes que mobilizaram junto a governos municipais, a ONG dinamizadora também teve papel determinante na apropriação pela Rede. Observamos que a proposta de MCS tem um aspecto operacional bastante definido, mas é uma discussão restrita à área da saúde. De fato, a despeito de seu idealizador ser urbanista, tal enfoque não é disseminado e não encontra muito eco entre os urbanistas e planejadores urbanos. No caso da RCS, a ONG dinamizadora que a idealizou primeiro também se inscreve na área da saúde. Foi ela quem percebeu “a ponte” entre a Promoção da Saúde, as Comunidades Saudáveis e o trabalho realizado nas comunidades, não só pelos representantes comunitários, mas também por ela, a ONG, enquanto assessora técnica, que dava uma linha de ação aos representantes e que fomentava discussões específicas.

Uma das questões que merecem destaque é a ideia de comunidades “saudáveis” no contexto brasileiro, onde faltam condições de saúde para a maior parte da população, sobretudo nas comunidades populares. Como a proposta das Comunidades Saudáveis foi concebida com o entendimento de que saudáveis eram aquelas comunidades que constantemente estavam produzindo saúde, a ONG interpretou essa proposta a partir do contexto brasileiro e da sua experiência com diversos gestores públicos e atores comunitários, tomando a atuação destes últimos como referência e justificativa para falar em comunidades saudáveis no Rio de Janeiro. Nesse sentido, é menos importante o fato de que

as cidades e, principalmente, as comunidades populares carecem de condições de saúde e de assistência na área, pois o que a ONG pretendia reforçar, segundo documentos da época, era o caráter positivo das ações existentes, desenvolvidas pelos representantes comunitários, reforçando a potência desses sujeitos locais num contexto de precariedade. E onde falta muito, o pouco que se possa fazer mostra uma diferença, torna-se muito.

Cabe uma ressalva a respeito do formato organizativo. A ideia de formar redes de comunidades saudáveis foi criada junto com a proposta original, já no Canadá. Como vimos, existem dezenas de redes de comunidades saudáveis no mundo – envolvendo municípios, regiões, países, continentes. Porém, essas redes formadas por municípios têm como aspecto principal a troca de experiências, e alguma coisa de formação de gestores. No caso da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro, não apenas a troca de experiência é o foco, mas todo um trabalho de formação dos representantes comunitários – de conteúdos e de participação política – visando qualificar a ação de seus participantes.

Outro aspecto fundamental a considerarmos é que, se nas redes que envolvem municípios cada componente é forte mesmo sozinho, posto que tem o peso de uma prefeitura, na RCS cada componente possui toda a fragilidade daquele que age sozinho, pontualmente, sem o respaldo do poder público, sem recurso, sem visibilidade. A organização em rede toma um vulto enorme nesse contexto e a ideia de se organizar em grupo passa por um sentimento de se tornar maior, mais forte, mais visível. Neste caso, o formato organizativo seria mais importante do que o tema que reúne o grupo - a promoção da saúde ou as comunidades saudáveis. A ideia de comunidades saudáveis “casou” com as ações já desenvolvidas pelos representantes comunitários antes de criarem a RCS porque qualidade de vida é algo tão abrangente que pode abarcar toda e qualquer ação positiva, visando à melhoria das condições de vida nas comunidades, sobretudo onde tudo falta e onde a ausência do poder público é tão marcada. Bourdieu (2000) nos mostra que um grupo social tem tanta condição de existir e perdurar quanto mais próximos no espaço social os agentes que se uniram para formá-lo estejam, o que nos faz considerar que, embora a RCS seja extra-local, seus participantes possuem uma proximidade no espaço social (que não diz respeito ao território em si, mas ao lugar social que representam) e é esse espaço social que querem fortalecer através da Rede, a “identidade comunitária”, daí a importância do formato rede para o grupo.

A despeito do fato da proposta de Municípios e Comunidades Saudáveis não ter partido dos representantes comunitários num primeiro momento, encontrou eco no que já

faziam e no que buscavam para suas comunidades. Primeiro, pelo fato de a Rede ter sido efetivada conjuntamente com os seus participantes comunitários. As entrevistas mostraram um verdadeiro sentido de pertencimento e mesmo de criação sobre a Rede. O segundo aspecto observado foi um entendimento das entrevistadas de que as formações específicas ligadas a esses temas, assim como as articulações políticas viabilizadas a partir da RCS permitiram uma ampliação de seu campo de saber e de atuação a partir da Rede de Comunidades Saudáveis. O discurso dessas representantes comunitárias evidenciou a relevância dessa rede na sua trajetória de trabalho comunitário.

### **Avanços e limitações na participação social dos atores comunitários**

Observamos na RCS um esforço em dois sentidos: o primeiro é o de formação constante que a Rede mantém; o segundo é o de articulação política permanente, na qual a ONG dinamizadora funciona como elo intermediário entre o poder público e as comunidades. Seriam, portanto, dois propósitos fundamentais da RCS.

Do ponto de vista da formação, vemos que o intuito da RCS se efetiva completamente e a caracteriza como um espaço essencialmente formativo, que traz mudanças na vida pessoal de seus participantes, mas também na sua formação e cultura cívica. Os participantes citam uma maior capacidade de realização do trabalho comunitário, seja pelos novos conteúdos e ampliação do seu campo de ação, no sentido da Promoção da Saúde, seja pela maior capacidade de organização da instituição (que desenvolveu através da Rede sua habilidade de elaborar projetos, fazer ofícios, reconhecer parceiros, organizar relatórios, entre outras coisas), seja pela troca de experiências com participantes e outros municípios e estados, seja pela maior reflexão crítica e articulação política que desenvolveram, através da própria discussão no espaço das reuniões da rede, seja nas mobilizações, seja na ocupação de diversos espaços de articulação. Observa-se nos relatos que essa formação pessoal, social e política adquirida teve grande repercussão na vida desses representantes e no trabalho que desenvolvem, na medida em que ampliaram a compreensão do que seria “saúde” e “bem estar urbano”.

A ampliação do campo teórico e prático das ações das representantes comunitárias é observável em seus discursos. Porém, em que medida essas práticas coletivas têm sido realmente transformadoras é menos claro, embora os relatos apontem para uma “semente de transformação”. Observamos que a convivência na Rede de Comunidades e em tudo o que ela encadeia, indica um caminho para a formação política, para uma capacidade

de crítica e para o controle social e pressão junto ao poder público, através da ação conselhos e conferências.

Observamos que o sentido da RCS não é essencialmente o de fazer os participantes “virarem lideranças” ou mesmo “organizar a população” de forma mais ampla, como grandes movimentos. O sentido da RCS acaba sendo, antes de tudo, a criação e manutenção de um espaço de reflexão coletiva, de formação ampla, de troca e discussão de experiências, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de reflexão e de articulação política dos representantes. Não é um espaço institucionalizado pelo governo, mas dá suporte à participação naqueles espaços. As entrevistas apontaram uma dificuldade de encontrar nos espaços de participação institucional, como os conselhos, esse aspecto de formação no diálogo, e mesmo no embate, mas num embate onde seja possível ter voz, ser reconhecido como um sujeito, como um co-autor. É preciso aprender que ter voz pressupõe saber desenvolver um discurso plausível, saber argumentar e saber exigir. Esse aprendizado não é algo fácil, também tem que ser construído. Para atuar nos campos institucionalizados, cheios de regras e hierarquia, é preciso ter essa formação no embate e na construção coletiva que a Rede permite.

A RCS demonstrou estabelecer entre os participantes uma consciência política da participação, haja vista o estímulo à ocupação dos espaços institucionalizados e a forte presença de representantes da RCS em conselhos e seminários, debates, conferências. Observa-se, ainda, um maior trânsito junto ao poder público, no geral mais disposto a ouvir e mais consciente da necessidade de conhecer os territórios populares a partir dos próprios moradores e também de agregá-los em trabalhos na comunidade, principalmente em campanhas de saúde. As entrevistadas apontam um maior reconhecimento de seu trabalho por parte do poder público, destacando-se as unidades de saúde e os próprios gestores regionais. Entretanto, do ponto de vista da capacidade de intervir no planejamento de políticas públicas, observamos que fica mais no campo do desejo, seja pela dificuldade dos participantes da Rede em desenvolver um discurso, saber debater, propor e cobrar soluções, seja pela dificuldade do próprio aparato de governo e cultura de planejamento que ainda não consegue instituir a participação no dia a dia das formulações de políticas públicas, seja pela dificuldade de traduzir em políticas mais ajustadas aos territórios as demandas apresentadas pelas comunidades, seja ainda pela falta de vontade política de muitos gestores e governantes.

Nesse sentido, um aspecto que cabe destacar é a dimensão territorial e política da RCS, que envolve, além do município do Rio de Janeiro, outros doze – Nova Iguaçu, Queimados, Mesquita, Nilópolis, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, São Gonçalo, Niterói, Paty de Alferes e Cachoeira de Macacu. Envolve, portanto, gestores de municipalidades diferentes, culturas políticas diferentes e distâncias diferentes em relação à cidade sede, o Rio de Janeiro. A pesquisa permitiu observar que a dimensão territorial acaba tendo um impacto relevante nos ganhos e dificuldades que a Rede de Comunidades traz consigo. Por um lado, os participantes de todas as comunidades representadas têm igual possibilidade de formação. Por outro, não têm igual possibilidade de fazer articulações que cheguem até o local onde atuam. E por serem de outros municípios, a visibilidade da Rede enquanto grupo atuante é menor e tem menor impacto político, menor possibilidade de reconhecimento pelo poder público. Em outras palavras, mesmo dentro da rede, as diferenças de oportunidades acabam se apresentando e o aspecto territorial e o político são determinantes nisso. Não por acaso surgiu uma rede regionalizada, como é a de Magé e há uma tentativa de formar a rede da Baixada Fluminense.

Um aspecto que merece destaque na dinâmica da RCS é o papel central da ONG que a gerou. A observação dos encontros e os diversos relatórios técnicos mostraram que, embora a ideia inicial da ONG dinamizadora ao gerar a RCS fosse de que seus participantes e as comunidades pudessem criar maior autonomia, isso só se observa pontualmente e parece ter relação com o perfil de cada participante. Alguns demonstraram autonomia em desenvolver suas próprias articulações, galgando sua visibilidade enquanto organização comunitária. Porém, o grupo de modo geral não parece pretender uma “independência” em relação à ONG dinamizadora, fato observado em vários aspectos, como a simples organização das pautas de reunião, que o grupo não assumiu de fato, ou as comissões internas, que têm tido pouca atividade, à exceção da comissão de cultura. Muitos participantes se referem à ONG dinamizadora como sendo “uma mãe”. De outro lado, as coordenações da ONG reagem com desconforto a essa associação, o que é compreensível já que uma “mãe” cria “seus filhos” para crescerem. E, para crescer, é preciso aprender a andar com as próprias pernas, “aprender a falar” com o poder público, desenvolver seu próprio discurso, criar a autonomia que permita seguir fazendo seu próprio caminho de busca, saindo de fato do lugar de carente ou de receptor para assumir seu lugar de promotor, de autor. Tal fato tem várias razões, como a falta de tempo dos representantes, que têm seu trabalho comunitário e ainda participam de diversas redes, fóruns e mobilizações diversas.

São muitos os fatores que dificultam essa busca de autonomia, mas parece que no caso da dinamização das reuniões da RCS e das articulações políticas, os participantes de modo geral preferem que continue funcionando como está, parecem estar satisfeitos com o funcionamento da RCS.

A partir da abordagem de Bourdieu e dos conceitos por ele trabalhados, podemos considerar um aumento do capital cultural e do capital social dos participantes, repercutindo como signos de distinção, seja para dentro da comunidade - onde os representantes comunitários se destacam, muitos são referência, seja para fora dela - mais especificamente para com o poder público, que em alguma medida reconhece a atuação desses representantes comunitários e sua participação política, ainda que muitas vezes intermediada pela ONG dinamizadora da RCS.

### **Considerações finais**

Foi possível observar nas entrevistas com os participantes da RCS uma mudança em dois aspectos das práticas comunitárias. O primeiro é a ampliação do seu campo de ações: a discussão da Promoção da Saúde alargou a visão sobre a saúde e sobre a sua promoção. Muitos participantes que antes trabalhavam com prevenção das DST/AIDS alargaram seu campo de ação, não apenas dentro das temáticas da saúde, mas no campo dos direitos de forma geral. E puderam ampliar sua ação não somente pela visão mais abrangente do que determina a saúde de uma comunidade, mas também pelas capacitações e formações de que participaram, em diferentes áreas, dadas pela assessoria técnica da ONG dinamizadora, dadas pela universidade e institutos de pesquisa (UFRJ/Ecologia Social; Fiocruz; UFRJ/Maternidade Escola, entre outros). Outro aspecto observado nos relatos é a maior qualificação da ação, através do aprimoramento do que já faziam (através da troca de experiências e formação na área); através da formação política no interior da Rede (estímulo à ocupação dos espaços institucionalizados de participação - conselhos e conferências, de modo geral e não apenas na área da saúde; através da formação no campo do Direito (formação de educadores jurídicos populares).

Por outro lado, a pesquisa apontou a fragilidade dos espaços participativos em conferir à participação popular um poder de decisão sobre as políticas públicas, seja nos espaços institucionalizados, como os conselhos municipais, seja nos espaços não institucionalizados, como fóruns diversos e redes de mobilização social. Assim, se de um lado há um reconhecimento dos participantes da RCS enquanto atores sociais nas

comunidades, de outro permanecem como “atores” a serem convidados pela gestão pública a participar de estratégias pré-definidas, não se efetivam enquanto “autores”. A maior clareza das demandas por parte dos atores comunitários e sua atuação nos espaços de participação não se mostram suficientes para que o poder público traduza as reivindicações em políticas ajustadas ao território. Fica evidente que, a despeito dos avanços em termos de participação social e organização de espaços institucionalizados e não institucionalizados de participação, há muito o que se desenvolver para alcançar práticas realmente participativas e transformadoras.

## **Bibliografia**

BONATTO, D. A. M. 2012. *Qualidade de vida urbana e participação social* : a experiência da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 259 p. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BECKER, D. et al. 2005. An Innovative geographical approach: health promotion and empowerment in a context of extreme urban poverty. *Promotion & Education*, p.48-52, 2005.

BONATTO, D. et al. 2003. *Diagnóstico Comunitário Participativo como fonte de diretrizes para ações locais e políticas públicas* : a experiência de Vila Paciência/RJ. In: Seminário Nacional Região Metropolitana - Governo, Sociedade e Território, São Gonçalo/RJ. CD ROM.

BONATTO, D.. 2001. *Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável*: o caso de uma metodologia participativa aplicada em Santa Cruz, Zona Oeste do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Monografia (Especialização em Planejamento e Uso do Solo Urbano) – IPPUR/UFRJ.

BOURDIEU, P. 2008. *Razões práticas sobre a teoria da ação*, São Paulo, Papirus.

BOURDIEU, Pierre. 2000a. *Las estructuras sociales de la economía*, Barcelona, Anagrama.

BOURDIEU, Pierre. 2000b. *La Distinción*, Espanha, Taurus.

BOURDIEU, Pierre. 1986. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, p. 241-258. Disponível: <http://marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-forms-capital.htm>. Acessado 08/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2001. *Promoção da Saúde: cartas e declarações*, Brasília. Disponível:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf).

Acessado 08/05/2012.

BRASIL. Controladoria-Geral da União-CGU. 2008. *Controle Social* – orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Coleção Olho Vivo. Brasília, 45 p. Disponível: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/CartilhaOlhoVivo/index-colecao.asp>. Acessado 08/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. 1986. 8ª *Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Disponível: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acessado: 08/05/2012.

CARVALHO, S. R. 2004. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. Rio de Janeiro, ABRASCO, vol.9, n.3, pp. 669-678.

CUETO, Marcos. 2007. *O valor da saúde: História da Organização Pan-Americana de Saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.

EDMUNDO, K. et al. 2002. *Diagnóstico Participativo em Programa de DLIS com foco na Promoção da Saúde: a experiência da Iniciativa de Vila Paciência/RJ*. IN: CD-ROM dos Anais da III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.

FINKELMAN, Jacobo (Org.) 2002. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, OPAS/OMS. Disponível: <http://www.fiocruz.br/editora/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=113&sid=5>. Acessado 08/05/2012.

GOHN, M. G. 2010. *Movimentos sociais e redes de mobilização civis no Brasil contemporâneo*. 2ª ed., Petrópolis, Vozes.

GOHN, M.G. 2008. Abordagens teóricas no estudo dos Movimentos sociais na América Latina. *Caderno CRH*. Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, Set./Dez.

GOHN, M. G. 2000. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: RIBEIRO, A. C. T. et. al. *Repensando a experiência urbana da América Latina: questões, conceitos e valores*, p.175-201.

LALONDE, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Government of Canada. Disponível: <http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>. Acessado 08/05/2012.

MENDES, Rosilda. 2008. *Municípios e Comunidades Saudáveis no Brasil*. São Paulo, CEPEDOC, Mimeo.

MENDES, Rosilda. 2000. *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos : os casos de Jundiá e Maceió*. São Paulo. 2000. 239 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Prática de Saúde Pública, USP.

OPAS. 2004. *Municípios e Comunidades Saudáveis – Guia dos prefeitos para promover a qualidade de vida*, Brasília, OPAS. Disponível: <http://www.opas.org.br/publicac.cfm>. Acessado 08/05/2012.

OPS. 2007. *Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, OPS. Disponível:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=98&Itemid=172&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=98&Itemid=172&lang=es). Acessado: 08/05/2012.

SANTOS JÚNIOR, O. A. et al (Orgs.). 2004. *Governança democrática e poder local : a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan; FASE.

SANTOS JÚNIOR, O. A. 2003. Democracia e Cidadania. In: SANTOS JÚNIOR et al. (Orgs.). *Políticas Públicas e Gestão Local : programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais*, Rio de Janeiro, FASE.

WHO. 2009. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Genebra. Disponível: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>. Acessado 08/05/2012.