



Participação popular e Pré-Conferência Municipal de Saúde

Popular participation and Previous County Health Conference

Participación popular y Pre-Conferencia Municipal de Salud

Luís Carlos Lopes-Júnior¹, Maria José Bistafa Pereira¹, Silvana Martins Mishima¹

O artigo teve como objetivo relatar a experiência da participação de um enfermeiro pós-graduando no bojo de uma Pré-Conferência Municipal de Saúde. Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo-reflexivo, realizado no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil, no primeiro semestre de 2011. A Pré-Conferência resultou na compilação de 50 propostas que versavam sobre os seguintes eixos temáticos: acesso a ações e serviços de saúde; gestão do trabalho e educação em saúde; participação da comunidade; sistema de seguridade social; acesso e acolhimento com qualidade. A Pré-Conferência revelou ao mesmo tempo a pluralidade crescente da sociedade e dos interesses nela presentes, e o afastamento entre os gestores de um lado e os órgãos de participação social de outro.

Descritores: Participação Social; Participação Comunitária; Conselhos de Saúde; Política de Saúde.

The article aimed at reporting the participation of a post graduate nursing student in the core of a previous county health conference. This is an experience, descriptive and reflective report, held in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, in the first semester of 2011. The Pre-Conference has resulted in the compilation of 50 proposals that involved the following areas: access to actions and health services; work management and health education; community participation; social security system; access and quality of reception. The Pre-Conference revealed the increasing plurality of society and its interests, and the distance between the managers on one hand, and on the other the organs of social participation.

Descriptors: Social Participation; Consumer Participation; Health Councils; Health Policy.

El objetivo fue relatar la participación de un enfermero de postgrado en el núcleo de una Pré-Conferencia Municipal de Salud. Relato de experiencia, descriptivo y reflexivo, llevado a cabo en la ciudad de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil, en el primer semestre de 2011. La Pre-Conferencia se ha traducido en la elaboración de 50 propuestas acerca de los siguientes ejes temáticos: acceso a las acciones y servicios de salud; gestión de trabajo y educación en salud; participación comunitaria; sistema de seguridad social; acceso y acogimiento con calidad. La Pre-Conferencia reveló el creciente pluralismo de la sociedad y de los intereses, y la separación entre los gestores por un lado, y por otro, los órganos de participación social.

Descritores: Participación Social; Participación Comunitaria; Consejos de Salud; Política de Salud.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Luís Carlos Lopes Júnior
Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário 14040-902 – Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: lopesjr.lc@gmail.com

Introdução

Diversas sociedades e países apresentam uma distribuição em amplo espectro de graus de participação organizada, de consciência social dos direitos humanos, e da sua relação com o Estado. No âmbito brasileiro, os valores, a consciência de direitos e a participação popular foram amplamente debatidos no seio da sociedade, fruto do movimento de democratização do país a partir da segunda metade dos anos 80, incluindo o movimento da Reforma Sanitária brasileira, e mais intensamente durante o final da década de 80, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde e pela Assembleia Nacional Constituinte. Nesse contexto, nasce o Sistema Único de Saúde, como potente política pública que prima pela participação organizada da sociedade⁽¹⁻²⁾.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco histórico em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil. Em seu artigo 6º estabelece como direitos sociais dos brasileiros “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”. Mais adiante, no seu artigo 196º prevê a “saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, e ao acesso igualitário e universal às ações e serviços de saúde”^(3:33). Passados mais de vinte anos desde sua promulgação é inegável a expansão do acesso a esses direitos⁽¹⁾. Contudo, o direito universal à saúde está bem estabelecido do ponto de vista da legislação brasileira, porém, entre declarações de propósitos e a realidade, ainda existem abismos quase intransponíveis.

A participação, entendida como inerente à natureza social do homem, é o caminho pelo qual este exprime sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar o meio em que se constitui e que ao mesmo tempo o constitui⁽⁴⁾. Não obstante, sua prática envolve a satisfação de outras necessidades, tais como a auto-expressão, a interação com outros indivíduos, o desenvolvimento do

pensamento crítico-reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, além da valorização de si mesmo pelos outros⁽⁴⁾. Ademais, a participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender no exercício das relações grupais. Nesse sentido, a frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do homem. O maior sentido da participação não é o quanto se toma parte, mas de fato, como se toma parte desse processo⁽⁴⁾. Através da participação, o indivíduo se apropria e aprende as possibilidades de transformar o Estado, de órgão superposto e distante da sociedade, em órgão estritamente dependente e próximo dela⁽⁴⁾.

Transcorridas mais de duas décadas da institucionalização do SUS, nota-se um movimento de grande conquista social e constitucional no que tange a participação popular no campo da saúde, uma vez que, o caráter participativo da gestão desse sistema foi um processo construído em décadas de lutas, com avanços e retrocessos num permanente movimento de construção⁽⁴⁾. Ao refletir os graus de mobilização, organização e da consciência dos direitos alcançados pela sociedade nos anos 1980, destacou-se a consagração da participação na comunidade. Ao regulamentar os dispositivos constitucionais sobre o Sistema Único de Saúde, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no seu artigo 7º, refere à participação da comunidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde e a Lei n. 8.142/1990, ao regulamentar essa prática, institui as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde⁽¹⁾.

Os Conselhos são instâncias permanentes de caráter deliberativo, que existem em todas as esferas do governo e consistem em mecanismos de controle social e aprovação do orçamento, com as atribuições de atuar na formulação de estratégias de saúde, pelo controle da prática de políticas e pela análise de planos, programas e relatórios de gestão submetidos à sua apreciação pelos respectivos níveis governamentais⁽⁵⁾. O Brasil possui atualmente um Conselho Nacional, 27 Conselhos Estaduais e mais de

5.500 Conselhos Municipais de Saúde, atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros, e implicando cerca de 72 mil conselheiros titulares dentre os quais aproximadamente 36 mil representam os usuários da saúde pública⁽⁶⁾. Todos os Conselhos são compostos por representantes de usuários (correspondendo a 50%), de trabalhadores do setor de saúde (25%), dos gestores e provedores de serviços de saúde (25%)⁽⁵⁾.

As Conferências de caráter propositivo são convocadas seguindo uma periodicidade de quatro anos, para discutir assuntos variados e transmitir os diferentes interesses os quais culminam em formulação de políticas⁽⁵⁾. Cada uma das Conferências conta com um número expressivo de representantes, com a mesma distribuição proporcional dos Conselhos e objetiva analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes que devem orientar todo o processo de políticas de saúde no período que segue, contribuindo assim, para a inclusão de temas importantes na agenda pública^(5,7).

Conferências e Conselhos de Saúde constituem-se no espaço estabelecido no marco legal para a participação social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo⁽⁵⁾. Embora sua existência remonte aos anos 30 do século XX, é somente a partir da Constituição do ano de 1988 que assumem o caráter público que hoje apresentam e vêm se expressando junto às instâncias do governo federal, estadual e municipal⁽¹⁾. No período anterior, as Conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado^(1,5). Ressalta-se que há diferenças singulares na dinâmica dos debates e no grau de generalização das recomendações das conferências em cada um dos níveis de gestão do sistema. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitos contextos⁽¹⁾.

Participar do processo decisório e exercer con-

trole sobre a implementação de políticas públicas são práticas fundamentais para ampliar a possibilidade de conquistar novos direitos sociais, e a depender dessas conquistas, também minimizar as desigualdades e iniquidades ainda enraizadas na sociedade brasileira.

Uma das características que dá ao Sistema Único de Saúde singularidade notória e internacional é que no Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas de tomada de decisões em saúde, no debate sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde, por isso a denominação controle social dada à participação popular da sociedade no Sistema Único de Saúde⁽⁵⁾. A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada⁽¹⁾. No contexto brasileiro, esse conceito passou a ser considerado como a possibilidade de ampliação da cidadania, principalmente relacionado à construção da democracia⁽⁸⁾. A participação como demagogia ou como pedagogia dá lugar à participação como cidadania, fundamentada na universalização dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania, assim como se referencia a uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado^(6,8).

Essa característica peculiar dos Conselhos e Conferências de Saúde é que suscitou a reflexão que se apresenta a seguir, sobre a participação de um enfermeiro pós-graduando no cerne de uma Pré-Conferência de saúde. Espera-se com esse artigo, tornar proeminente um debate e refletir acerca do engajamento dos diversos atores envolvidos em participação na comunidade e reafirmar a pertinência da articulação do nexos academia-serviço-comunidade em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo relatar a experiência da participação de um enfermeiro pós-graduando em Saúde Pública no bojo de uma Pré-Conferência Municipal de Saúde.

Método

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo-reflexivo. O período em que se deu essa vivência foi no primeiro semestre de 2011.

O cenário do estudo corresponde ao município de Ribeirão Preto, localizado no interior do estado de São Paulo, distante 317 km a noroeste da capital estadual, e que abriga uma população de 605.114 habitantes, que o classifica como oitavo município mais populoso do estado. No tocante à rede de atenção primária à saúde, Ribeirão Preto, na ocasião, contava com 47 unidades de atenção básicas distribuídas pelos cinco distritos de saúde, dos quais cinco eram unidades básicas distritais de saúde, 13 unidades de saúde da família com um total de 21 equipes da Estratégia Saúde da Família; e 21 unidades básicas tradicionais com 26 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. A cobertura populacional estimada em março de 2009 para as equipes da ESF foi de 11,0% e a cobertura populacional total para as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde foi de 32,1%. O gestor municipal reconhece a necessidade de priorizar a atenção básica, colocando-a como foco de investimentos e com legitimação técnica e política; apontando diretrizes e estratégias para o fortalecimento da mesma no município, conforme previsto na dimensão Pacto Pela Vida do Pacto Pela Saúde instituído por meio da Portaria GM 699/2006⁽⁹⁾.

Ribeirão Preto contava, na ocasião, com um Conselho Municipal de Saúde formado por 26 membros e respectivos suplentes, sendo 13 representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde e profissionais e trabalhadores de saúde e os outros 13 eram representantes dos usuários. A existência de um Conselho Municipal de Saúde é a garantia formal da participação da comunidade institucionalizada na organização, gestão, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde. O mandato do conselho coincide com o mandato do prefeito. A participação social no Sistema Único de Saúde ainda se dá formalmente na unidade de saúde por meio das comissões locais de

saúde, sendo o principal entrave a própria formação da comissão, indicando um processo ainda incipiente neste nível⁽⁹⁾.

Resultados

Apresentação da experiência

A Pré-Conferência de Saúde, no município em questão, tem sido um espaço que visa uma maior abrangência de divulgação da Conferência Municipal, além de outras finalidades como estimular o envolvimento e participação da população, apontar os problemas de saúde e levantar dados primários para a elaboração de diretrizes da política de saúde. Além disso, funciona como espaço para escolha dos delegados que irão representar a população na Conferência Municipal. Tem como foco principal promover um meio onde a comunidade possa compartilhar e contribuir na avaliação da situação de saúde local e elaborar propostas que irão desembocar na Conferência Municipal de Saúde. Visa ainda possibilitar a transformação da realidade dessas políticas no âmbito municipal e criar uma cultura política para a participação social em outros níveis (na Conferência Estadual de Saúde, Conferência Nacional de Saúde). Desta forma, trata-se de um espaço democrático de todos e para todos participarem⁽⁹⁾.

No ano de 2011, Ribeirão Preto encontrava-se na 8ª edição da Conferência Municipal de Saúde, realizada no meio do ano e que apresentou como tema, o instituído pelo Conselho Nacional de Saúde: “Todos usam o Sistema Único de Saúde! Sistema Único de Saúde na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”. Para subsidiar e precedendo a 8ª Conferência Municipal, foram organizadas e sistematizadas as Pré-Conferências, realizadas no período de maio a junho de 2011, nos cinco distritos de saúde de Ribeirão Preto, a saber: Distrito Oeste, Norte, Leste, Sul e Central⁽⁹⁾.

No que concerne ao objetivo desse relato de experiência, volta-se o olhar para a Pré-Conferência

do Distrito Oeste, que deu abertura a trajetória desse grande evento. Cerca de 70 pessoas participaram da primeira de cinco Pré-Conferências de Saúde. O encontro, que foi voltado para atender a Região Oeste de Ribeirão Preto, resultou na compilação de 50 propostas, posteriormente apresentadas à Conferência Municipal de Saúde em julho de 2011.

Compuseram a mesa da plenária de abertura desta Pré-Conferência, o Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora da Atenção Básica à Saúde, o Gerente da Unidade Distrital Oeste, um Representante da Secretaria de Assistência Social, e uma Representante do Conselho Municipal de Saúde. No entanto, a prefeita da cidade não esteve presente. A Secretaria Municipal de Saúde teve papel primordial, uma vez que, apresentou seu ponto de vista nas discussões iniciais, bem como encaminhou as propostas apresentadas para integrá-las aos temas discutidos na Conferência Municipal. Ressalta-se que os autores desse estudo não foram Representantes diretos de nenhuma das instâncias referidas acima.

O primeiro momento do evento apresentou-se com uma Conferência intitulada “Políticas de Saúde, Saúde e Seguridade Social” produzida por membros do Conselho Municipal de Saúde e utilizada como disparadora da discussão nas Pré-Conferências. O texto foi muito oportuno e pôde gerar discussão entre as partes presentes. Essa apresentação trouxe à tona o Sistema Único de Saúde enquanto grande patrimônio, regido por uma Constituição que zela pelo direito à saúde, enraizado pelo processo de participação social, e participação na comunidade e que norteia a construção e transformação de políticas de saúde vigentes. Suscitou, também, a discussão do conceito atual de saúde, enquanto dimensão política (múltiplos atores sociais), dimensão econômica (saúde e mercado), religiosa, científica e de proteção social (direito social).

Foi ressaltada de maneira muito enfática a saúde como etos de todas as políticas, ou seja, a idealização de todas as políticas terem a saúde como cerne. Esse momento da exposição da Conferência

foi o “clímax”, pois, permitiu um debate com diversos atores da sociedade ali presentes, que iam tomando a palavra e se posicionando. Fora abordado por um dos participantes a questão da educação fundamental (de base), que é fragilizada no município e que reflete a conformação da educação brasileira; as políticas focalizadoras como o Bolsa-Família, que parece não fomentar a autonomia no modo de levar a vida das famílias beneficiadas. Também, foi chamado à reflexão o processo de formação dos pais no âmbito da educação.

Outro ponto muito bem elencado pelo Conselheiro Municipal que representava a associação de moradores foi sobre a participação e o engajamento dos estudantes de graduação e pós-graduação das universidades nos cenários de participação social no Sistema Único de Saúde. Como esses atores que são inseridos no Sistema Único de Saúde e o utilizam para sua formação dão o *feedback* para o sistema? De fato, pode-se verificar que uma minoria de estudantes estava presentes na plenária. Mais uma vez percebeu-se a educação na contramão do legado do Sistema Único de Saúde. Talvez, o ponto chave dessa Pré-Conferência foi elucidado por uma representante da Comissão Local de Saúde, que apontou a necessidade cada vez mais nítida da integração das diversas Secretarias (Assistência Social, Educação, Infraestrutura, etc.), ou seja, essas inúmeras instâncias devem iniciar um diálogo, num modelo de gestão compartilhada, atenta a escuta das necessidades da população, visando a articulação intersetorial, para dar conta da complexa integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Como desfecho da exposição, foi interposto o trecho do Cordel “O dia que o Sistema Único de Saúde visitou o cidadão”, com uma versão poetizada “O dia em que o cidadão visitou o Sistema Único de Saúde” de autoria da conferencista, que pôde trazer uma interface da participação social, sensibilizando a assembleia à reflexão do Sistema Único de Saúde que se tem e o que de fato se almeja.

No segundo momento da Pré-Conferência, foi

orientada a realização das inscrições para delegados que seriam eleitos para a 8ª Conferência Municipal de Saúde. Os critérios acordados para a distribuição das vagas nas Pré-Conferências e investidura para as diversas representações foram os seguintes: as vagas de usuários sem representação institucional, as vagas de representantes de associações de moradores e Comissões Locais de Saúde e as vagas de servidores e de gerentes, foram distribuídas de acordo com a proporção populacional de cada distrito; e somente foram considerados candidatos os munícipes maiores de 18 anos de idade e residentes na área geográfica do distrito de saúde para o segmento de usuário.

Logo após essa explanação, deu-se o terceiro momento do evento, no qual o público participante foi dividido em três grupos e cada um elaborou em torno de 15 propostas serem encaminhadas para aprovação na Conferência Municipal. O desenrolar dos dois primeiros momentos ocorreu de forma organizada e sistematizada, na medida em que o tempo alocado para esses momentos foi favorável e oportuno para discussões e reflexões, as quais foram marcadas por intensa participação popular. Entretanto, observou-se que o terceiro momento, nos pequenos grupos, não teve sua finalidade totalmente atingida, pois, embora houvesse participação, não foi possível avançar com profundidade nos debates suscitados a partir da elaboração das propostas.

No pequeno grupo em que pude congregar, estavam presentes 23 sujeitos, dentre profissionais de saúde da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde), psicólogo, fisioterapeuta, poucos usuários da comunidade, estudantes de graduação e pós-graduação. As temáticas que nos foram apresentadas, para que pudéssemos trabalhar coletivamente a fim de elaborar as propostas, giraram em torno de cinco eixos: a) acesso a ações e serviços de saúde; b) gestão do trabalho e educação em saúde; c) participação da comunidade; d) sistema de seguridade social; e) acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para

o Sistema Único de Saúde.

Dentro dessas temáticas foram elaboradas conjuntamente 14 propostas: 1) Resgatar o projeto de lei do Conselho Municipal de Saúde para reestruturar a lei da regulamentação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto de nº 5792 de 1991, com prazo de três meses para encaminhamento a Câmara Municipal; 2) Realizar divulgação, valorização e reconhecimento do trabalho das Equipes de Agentes Comunitários de Saúde através de uma maior inserção dos mesmos nas reuniões de equipe, trabalhos em equipe, promovendo mais diálogo entre os profissionais de saúde; 3) Realizar reavaliação da questão da insalubridade dos Agentes Comunitários de Saúde; 4) Fortalecer a Estratégia Saúde da Família ampliando o número de unidades no município, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, bem como proporcionar abertura de concurso público para Agentes Comunitários de Saúde, num prazo máximo de seis meses; 5) Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, transformando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em equipes da Estratégia Saúde da Família, de modo a ampliar a cobertura em 50% no período de dois anos; 6) Criar o plano de carreira, cargos e salários para os funcionários municipais de saúde; 7) Realizar levantamento e redistribuição populacional por unidade de saúde e equipar e ampliar o atendimento das Unidades Básicas de Saúde; 8) Utilizar espaços da unidade de saúde para trabalhar com Educação em Saúde junto com a população; 9) Propor retorno do Programa de Educação Continuada e Programa de Educação Permanente para os profissionais de saúde; 10) Implementar um programa de avaliação periódica da saúde do servidor; 11) Realizar reforma do Estatuto dos Servidores; 12) Recomendar ao Conselho Municipal de Saúde, que organize uma agenda para implantar as comissões locais de saúde nas unidades do Distrito Oeste no prazo de seis meses; 13) Estabelecer segurança nas unidades de saúde; 14) Elaborar um fórum das diferentes Secretarias Municipais com a presença da prefeita, para identificação das interfaces e propor ações conjuntas e coordenadas para superar

alguns entraves do cuidado em saúde.

Ressalta-se, que o tempo estipulado para essa tarefa foi muito aquém do tempo necessário para discussão e reflexão das proposições colocadas. Por vezes, se defrontavam alguns poucos líderes que tentavam conduzir a discussão para um lado que desconsiderava alguns outros pontos de vista dos pares presentes, fugindo da proposta de Pré-Conferência. As últimas propostas passaram por uma discussão superficial e restrita e houve um afastamento dos envolvidos no processo, uma vez que o tempo ficou oprimido, como já apontado.

Discussão

O Brasil vive, há mais de vinte anos, sob a égide da Constituição Federal de 1988. E intensa participação social foi a chave-mestra do Sistema Único de Saúde desde sua origem, com articulação de movimentos sociais nos anos 1970 e 1980, culminando na reforma do setor saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A saúde emergiu como questão cidadã a partir do Sistema Único de Saúde, e a participação política como condição de seu exercício. O estabelecimento dos Conselhos de Saúde representou, indubitavelmente, uma inovação⁽¹²⁻¹³⁾.

Até a 7ª Conferência, em 1980, apenas gestores, alguns técnicos e especialistas convidados participavam das discussões relacionadas à política de saúde nesses fóruns. A 8ª Conferência representou um divisor de águas, apesar da representação de usuários serem ainda pequena: centrais sindicais, associações de moradores. Especialmente a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, houve grande expansão do processo de participação. A implantação de Conselhos de Saúde e a realização de Conferências em um número crescente de municipalidades resultaram em intensa mobilização, ampliação da gama de atores envolvidos e aumento da heterogeneidade de interesses⁽¹³⁾. Não obstante, a Organização Mundial de Saúde, no seu relatório de 2008 sobre a saúde mundial, destaca a experiência brasileira de Conferências de Saúde entre os exemplos

de avanços na construção de processos decisórios participativos⁽¹⁴⁾.

A 8ª Conferência teve um papel fundamental na formulação do Sistema Único de Saúde e na construção da consciência nacional sobre o direito à saúde. As subseqüentes também representaram conquistas em temas específicos para o setor saúde. No entanto, já vem sendo assinalado que o formato dessas Conferências precisa ser revistos e mesmo debatido visando à construção de formas alternativas com características que permitam expressar os interesses concretos da sociedade e ainda assegurem a perspectiva de ampliar seu caráter democrático. Novas esperanças se abrem quando o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde chama a atenção para a necessidade de promover a reflexão sobre o distanciamento entre gestores, Conferências e Conselhos de Saúde, posição esta manifestada em documento dessa entidade.

Ressalta-se que a efetividade dos Conselhos tem sido condicionada por inúmeros fatores, os quais vão desde a capacitação de formulação e negociação de propostas, até o grau de autonomia dos sujeitos que os compõem. Observa-se, que foram desconcentradas responsabilidades e não democratização do poder⁽¹⁵⁾.

Cabe, no entanto, uma reflexão sobre a forma como nossas Conferências estão sendo representadas pelos atores da sociedade. Além disso, repensar também, sobre a maneira pela qual os conselheiros, assíduos e comprometidos com o Sistema Único de Saúde, estão sendo preteridos na representatividade no momento de escolha de delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais. Para tanto, é de suma importância conhecer e compreender os Planos de Saúde nas respectivas instâncias governamentais: municipal, estadual e nacional e assim, empoderar-se nesse processo de participação e democratização.

A participação se constitui em um instrumento de controle do Estado pela sociedade e desta forma se apresenta como potencialidade dos cidadãos serem autores dos critérios e parâmetros relacionados às decisões no âmbito das políticas públicas⁽²⁾. Nessa

perspectiva, cidadãos podem ser responsáveis pela conquista de novos direitos e de promover a diminuição das desigualdades e iniquidades tão presentes na sociedade brasileira.

Os resultados parciais da pesquisa de Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do Sistema Único de Saúde, desenvolvida desde 2003, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, foi importante para estabelecer um marco para essa temática, uma vez que, é dado um enfoque do grau de democratização dos Conselhos Municipais e Conselhos Estaduais de Saúde no Brasil. Essa pesquisa que trabalhou inicialmente com um universo de 4.861 Conselhos Municipais de Saúde e 27 Conselhos Estaduais de Saúde revelou um grau de democratização dos conselhos abaixo do esperado⁽¹²⁾. A legitimidade da argumentação técnico-científica nos conselhos tem a tendência de impor o silêncio as experiências populares e a de desautorizar o posicionamento dos seus representantes⁽¹²⁾.

A literatura científica reporta que um dos problemas mais frequentes e difíceis de serem transpostos e solucionados são as questões relativas à composição, à representação e à representatividade dos conselheiros. Em muitos municípios, nota-se que, além do não cumprimento do princípio da paridade, os critérios de escolha dos representantes são por vezes obscuros e influenciados fortemente por ingerências políticas, principalmente na determinação daqueles que representam os interesses dos usuários, que acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns⁽¹⁶⁾.

Os Conselhos de Saúde não precisam de mais normas, poder legal, ou institucionalidade, mas sim de mais política, vocalização e visibilidade. Faz-se necessário que existam cidadãos cientes de seus direitos e deveres no processo de construção do Sistema Único de Saúde, isso é, com consciência crítico-reflexiva para ocuparem um papel que lhes é dado por direito. É também fundamental a existência de um Estado aberto para experimentar e validar a eficiência desse processo democrático de cogestão do

sistema⁽¹⁷⁾.

A construção da cidadania implica a criação de normas, consensos e valores compartilhados tanto pelas elites políticas quanto pelos demais membros da sociedade⁽⁷⁾. Acresce-se que para a existência da verdadeira participação popular, se faz necessária a presença ativa e curiosa de sujeitos na construção, admiração e readmiração do mundo, responsáveis pelo próprio destino e capazes de problematizar o meio em que vivem⁽⁴⁾.

Paralelamente a isso, questiona-se sobre a verdadeira atuação do Conselho Municipal de Saúde enquanto espaço público democrático. Será que a democracia ocorre apenas para suprir uma exigência legal e não para garantir o direito de inclusão do cidadão no processo decisório em saúde? Ou será que o desconhecimento, por parte de todos os atores sociais envolvidos nesse processo, sobre a participação social em saúde foi o responsável por essa realidade?

Uma das possibilidades para a mudança dessa realidade seria a realização de capacitações e edificação permanente dos conselheiros, compreendida como uma prática para o empoderamento e a libertação destes, em um processo de construção contínuo e participativo.

Outro ponto que merece ser destacado e resgatado diz respeito à formação existente no Brasil, na qual praticamente inexistente o registro sobre a relevância da integração *academia-serviço-gestão-controle social* e a articulação com os cursos de graduação das profissões da saúde⁽¹⁸⁾. A partir de então, nasceu, em 2003, o conceito de *quadrilátero da formação*: ensino-gestão-atenção-controle social, transparecendo uma imagem para a área da saúde que visa construir e organizar uma educação responsável por processos interativos entre indivíduos, coletivos e instituições, de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, pactuar processos e fomentar a formação de conhecimentos e invenções⁽¹⁸⁾.

A educação permanente que abarca a aprendizagem significativa propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão

crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação com e nos serviços de saúde⁽¹⁹⁾. Constitui um caminho para emancipação e autonomia do profissional da saúde, uma vez que é no encontro entre a formação profissional e o mundo do trabalho que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, deve-se instigar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde dos sujeitos, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Urge dessa forma, que as articulações interinstitucionais sejam incentivadas e apoiadas no interior do Sistema Único de Saúde, para que a educação permanente em saúde seja instituída nos espaços de planejamento, gestão e mediação. Assim, as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se apropriarão de maneira agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as singularidades locais⁽¹⁸⁾. São imprescindíveis a integração e articulação das diversas Secretarias como Assistência Social, Educação, Saúde, Ambiente, Infraestrutura, dentre outras, de modo a transpor as reais necessidades de saúde da população a serem trabalhadas e discutidas, a fim de elucidar ações conjuntas e coordenadas para superar os entraves do cuidado em saúde, que configuram hoje, no maior desafio.

Considerações Finais

A Pré-Conferência de Saúde em pauta revelou ao mesmo tempo a pluralidade crescente da sociedade e dos interesses nela presentes, e o afastamento entre os gestores de um lado, e por outro lado os órgãos de participação social. A pluralidade esteve presente tanto na composição dos delegados, como na diversidade e no grande número de propostas encaminhadas totalizando 50. O afastamento se deu em torno de um número pequeno de questões como, por exemplo, ao colocar a proposta da necessidade da intersecretorialidade entre as diferentes secretarias

para otimizar os desfechos em saúde, foi colocada na agenda de forma apressada, sem reflexão e sem maior preparação para o debate.

A pluralidade crescente e a existência de um número expressivo de propostas específicas podem por vezes, desagradar muitos gestores, porém, é preciso reconhecer que, afinal, a sociedade é cada vez mais plural e as necessidades de saúde são, de fato, diversas, específicas, e se configuram e conformam no processo saúde-doença. É inevitável que à medida que a sociedade se torna mais complexa e organizada, novas necessidades venham a ser reconhecidas e trazidas no ensejo para discussão e expressão. Deve-se ir mais além, talvez este seja o único caminho para que uma política social de importância do Sistema Único de Saúde venha a se tornar de fato universal, atendendo a todos os cidadãos de maneira equitativa.

O afastamento entre os gestores e os órgãos de participação social é problema real e grave, porém, não pode ser resolvido de maneira impulsiva. Sua continuidade e agravamento prejudicam o Sistema Único de Saúde e a efetividade de suas ações e serviços. O problema precisa ser reconhecido e enfrentado por meio da mudança de postura, escuta qualificada, promoção do diálogo na diferença, de acordo e em torno de novos métodos democráticos de organização. Do contrário, as Pré-Conferências e Conferências de Saúde correm o risco real de apresentarem efeito reduzido ou mesmo nulo em termos do direcionamento da política de saúde. O verdadeiro desafio é chegarmos a um modelo de organização e funcionamento das conferências em que a participação social promova e sustente a permanente renovação da relevância pública da saúde em consonância com o fortalecimento do sistema público de saúde no Brasil.

Para se construir espaços democráticos de debates, os conselhos gestores devem viabilizar que os sujeitos sociais com diferentes interesses dialoguem sobre concepções e projetos e que aprendam a consensuar em favor de interesses coletivos.

Deslumbra-se que a participação comunitária

seja mais ampla que os espaços formais de controle social, de modo a ampliar alianças com os movimentos populares, com as organizações não governamentais, com as diversas secretarias e com os órgãos públicos de controle. Assim, os conselhos de saúde poderão desempenhar seu papel e concretizar a base de sustentação de uma nova relação de força expressiva da população com o Estado. É primordial promover essa mudança de atitude não apenas nos membros do conselho, mas nos usuários, gestores e profissionais de saúde. Urge a necessidade de se propor estratégias que visem ao empoderamento e à libertação de todos os atores sociais interligados no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Colaborações

Lopes-Júnior LC participou na concepção, análise, interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Pereira MJB participou na interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Mishima SM participou da análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Coleção para entender a gestão do SUS. O processo de implantação do SUS. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 52-118.
2. Teixeira ML, Vianna W, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*. 2009; 11(21):218-51.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
4. Bordenave JED. O que é participação. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2002.
5. Côrtes SMV. Conselhos e conferencias de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p.102-28.
6. Cristo SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serv Soc Soc*. 2012; (109):93-111.
7. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet*. 2011; 377(9779):1724-25.
8. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Rev Rene*. 2009; 10(4):145-54.
9. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Divisão de Planejamento em Saúde. 8ª Conferência Municipal de Saúde, 2011 [Internet] 2011 [citado 2013 jun 13. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16indice4.php>.
10. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1779-97.
11. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):90-102.
12. Escorel S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Saúde Debate*. 2008; (43):23-8.
13. Batagello R, Benevides L, Portillo JAC. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saúde Soc*. 2011; 20(3):625-34.
14. World Health Organization (WHO). The World Health Report. Primary Health Care – Now More Than Ever. Genebra: WHO; 2008.
15. Kleba ME, Matielo A, Comerlato D, Renk E, Colliselli L. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(3):793-802.
16. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):7-16.

17. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Piore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2011; 21(3):1121-37.
18. Saldanha OMFL, Pereira ALB, Medeiros CRG, Dhein G, Koetz LCE, Schwertner SF, Cecim RB. Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. *Interface [periódico na Internet]*. 2014 [citado 2013 jun. 13]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005030446&lng=en
19. Jesus MCP, Figueiredo MAG, Santos SMR, Amaral AMM, Rocha LO, Thiollent MJM. Permanent education in nursing in a university hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1229-36.