

A Participação Popular na Saúde: Desafios e Potencialidades no Contexto Municipal

Popular Participation in Health: Challenges and Potentials in the Municipal Context

Jaqueline Miotto Guarnieri

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul

E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1727-4687

Sandra Mara Setti

Psicóloga na Prefeitura Municipal de Marau: atuação em Estratégias de Saúde da Família e Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul

E-mail: sandrasetti_@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-3797-7945

Vanderléia Laodete Pulga

Docente de Saúde Coletiva no Curso de Medicina e Coordenadora da Coremu e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul

E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1918-0916

Resumo

Objetivo: Conhecer e analisar a participação popular em espaços legítimos de controle social em um município da região norte do Rio Grande do Sul. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental que utilizou da observação participante e de registros em diários de campo relativos às vivências junto a dois Conselhos Locais de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e na Conferência Municipal de Saúde. Também, foram analisados os registros documentais desses conselhos. **Resultados:** Identificou-se pouca influência da participação popular no planejamento e construção das políticas municipais de saúde, ligada a questões como: desconhecimento sobre a função dos conselhos ou mesmo legislações por parte da população; valorização do saber técnico em detrimento do saber popular; e ausência de interação entre os conselhos locais e municipal. Em contrapartida, pode-se sugerir que os motivos que levaram algumas pessoas a investirem nesses espaços, especialmente nos Conselhos Locais de Saúde, estão relacionados à dinâmica dos conselhos e à forma como acolheu-se as demandas apresentadas. Evidenciou-se a criação de estratégias pela população, visando tornar suas necessidades parte da agenda política, como a preferência pelo contato direto com gestores ou figuras públicas, a busca por veículos de

comunicação e a criação de amplas redes de apoio. **Conclusões:** Faz-se necessário encontrar formas de ler e compreender as ações e movimentos das classes populares como manifestações de participação popular, assim como construir estratégias mais eficazes de mobilização social na saúde e promover a capacitação de atores sociais, possibilitando a apropriação sobre sua função e empoderamento enquanto sujeito político.

Palavras-chave: Controle Social; Participação da comunidade; Conselhos de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Objective: to know and analyze popular participation in legitimate social control spaces in a municipality in the northern region of Rio Grande do Sul. **Method:** This is a qualitative, documentary research that used participant observation and records in field diaries related to experiences with two Local Health Councils, the Municipal Health Council and the Municipal Health Conference. Documentary records of these councils were also analyzed. **Results:** there was little influence of popular participation in the planning and construction of municipal health policies, linked to issues such as lack of awareness about the role of councils or even legislation on the part of the population; valuing technical expertise to the detriment of popular knowledge; and lack of interaction between local and municipal councils. On the other hand, it can be suggested that the reasons that led some people to invest in these spaces, especially in Local Health Councils, are related to the dynamics of these councils, how the demands are presented. It was evident that the population created strategies to make their needs part of the political agenda, such as the preference for direct contact with managers or public figures, the search for communication vehicles, and the creation of broad support networks. **Conclusions:** it is necessary to find ways to read and understand the actions and movements of the popular classes as manifestations of popular participation, as well as building more effective strategies for social mobilization in health and promoting the training of social actors, enabling ownership of their role and empowerment as a political subject.

Keywords: Social control; Community Participation; Health Councils; Public Health System.

Introdução

A intensa mobilização social brasileira em prol da democracia e da saúde, iniciada no contexto ditatorial, possibilitou a conquista de um sistema de saúde público de caráter universal, integral e equânime em seus princípios e diretrizes. Voltado às necessidades reais de saúde, esse sistema reconhece a importância da população na implementação cotidiana do cuidado e dos serviços de saúde através da participação e do controle social. Tais preceitos estão descritos na Constituição de 1988, que preconiza “a saúde como direito de todos e dever do Estado”¹ e nas leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,3,4,5}. A Lei nº. 8.080/90 e o Decreto 7.508/11 dispõem sobre as ações e serviços de saúde desenvolvidos em todo território, estabelecendo os princípios e diretrizes complementares à Constituição para sua execução, entre eles a universalidade do acesso, descentralização, integralidade e equidade de assistência e o controle social^{2,3}. A Lei nº. 8.142/90 direciona-se, especificamente, às transferências dos recursos financeiros entre as esferas governamentais e detalha aspectos da participação popular na gestão desses recursos⁴.

A participação popular consiste em um conjunto de ações e no exercício cotidiano de poder de diferentes atores sociais, que objetivam incidir no modo como são formuladas, executadas, fiscalizadas e avaliadas as políticas públicas e/ou serviços básicos na área social, funcionando como

instrumento propulsor de mudanças e mecanismo de proteção de direitos⁶. Essas ações encontram nas conferências e conselhos de saúde espaços formais e legais para sua concretude. As conferências reúnem a representação de diferentes segmentos sociais em encontros com periodicidade de quatro anos e possuem o intuito de avaliar a situação de saúde propondo diretrizes para formulação da política de saúde. Já os conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacional), os quais a participação também se dá de forma representativa e paritária, possuem caráter permanente e deliberativo, e objetivam formular estratégias, avaliar e monitorar a execução de políticas de saúde⁴. Tanto os conselhos como as conferências de saúde, podem constituir-se em espaços relevantes para evidenciar as necessidades da população, instigar a implantação de serviços, elaborar e acompanhar a execução das políticas de saúde nas diferentes instâncias, além de monitorar e fiscalizar a gestão, para garantir o adequado uso dos recursos investidos.

Na prática, a área da saúde constitui-se em alvo de disputa de interesses econômicos, políticos e de diferentes projetos com a ação de múltiplos atores sociais, tanto nos espaços de gestão do Estado (no poder Executivo, Legislativo e Judiciário) como nos de participação e controle social. Como consequência, é possível identificar entraves históricos e conjunturais que, muitas vezes, limitam a execução do que é preconizado, bem como a efetivação dos preceitos e implementação de políticas de saúde baseadas nos princípios do SUS⁵.

Nesta perspectiva, analisar esses processos de exercício de poder participativo na saúde é um desafio histórico-atual que requer o olhar científico para extrair as lições, as descobertas e as potencialidades de inovação diante de contextos adversos e limitadores da democracia. As reflexões aqui trazidas buscam analisar a participação popular em espaços legítimos de controle social no âmbito de dois Conselhos Locais de Saúde (CLS), do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e em uma Conferência Municipal de Saúde. Tais reflexões poderão contribuir para a visibilidade e fortalecimento de processos participativos na saúde, uma vez que apontam elementos à problematização e ao aprimoramento desses espaços institucionais.

Percurso Metodológico

Esta pesquisa fez parte de um Trabalho de Conclusão de Residência em um Programa de Residência Multiprofissional em saúde, tendo como área de concentração a Atenção Básica, realizado em um município da região norte do estado do Rio Grande do Sul, cuja escolha se deu em virtude deste ser campo de atuação do referido programa. No município cenário, a criação do CMS foi estabelecida por Lei e Decreto municipal. Ainda, existem no município dois Conselhos Locais de Saúde (CLS) que são organizados e realizados em duas unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF) e os registros de sua existência datam de 2014 e 2015.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, em que se utilizou a observação participante e a análise documental. A observação participante ocorreu durante as reuniões dos conselhos de saúde, realizadas a partir de março de 2018 a junho de 2019, e na Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 2019. A importância da observação participante reside no fato de poder captar uma variedade de situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real⁷.

A descrição da participação junto aos espaços de controle social, assim como as relações estabelecidas entre os participantes presentes nestes momentos, os afetos e as percepções, foram registradas em diário de campo. Este instrumento apresenta um caráter descritivo-analítico, investigativo e de sínteses provisórias e reflexivas, sendo uma fonte inesgotável de construção e

reconstrução do conhecimento e do agir profissional, adaptando-se a diferentes métodos de pesquisa⁸.

A análise documental valeu-se dos registros da atuação dos conselhos existentes até julho de 2019, e optou-se em identificar os CLS por números (CLS 1; CLS 2). As informações obtidas através destes documentos foram registradas em uma ficha para análise documental, onde constavam datas, números de pessoas envolvidas e o conteúdo apresentado. Os dados obtidos foram interpretados por meio da análise de conteúdo⁹. Ademais, ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após o projeto ter sido aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o parecer número 3.277.014.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos e apresentados correspondem aos registros em diários de campo e à análise integral de um documento regimental e 148 atas, que compreendem as reuniões realizadas pelos conselhos de saúde do município no período de junho de 2011 a julho de 2019. Destas, 69 atas correspondem às reuniões do CMS que, embora possua décadas de existência, os primeiros registros de sua atuação correspondem a junho de 2011, sendo que não foram encontrados registros das atividades realizadas nos anos de 2013 e 2015. O restante das atas correspondem aos CLS, sendo 43 atas referentes ao CLS 1, criado em julho de 2014, e 36 atas referentes ao CLS 2, criado em julho de 2015.

As reuniões desses conselhos de saúde possuíam periodicidade mensal, além das reuniões extraordinárias do CMS, havendo o registro em ata dos principais pontos debatidos. Evidenciou-se a inexistência de registros de recomendações, moções ou outros atos deliberativos, assim como não foram encontrados relatórios e outros registros das conferências realizadas no município. Visando facilitar a compreensão, com base nos registros sistematizados, agrupados e categorizados por similaridade/natureza, segundo a perspectiva da análise de conteúdo, foram construídas as categorias analíticas presentes na **Tabela 1**.

O retrato do controle social no município

Inicialmente, observou-se ausência de parte dos registros documentais e a falta de padronização dos existentes, bem como a desatualização do regimento interno do CMS e a inexistência deste nos CLS. Tal dado pode expressar certo descaso, descomprometimento e a pouca valorização desses espaços, uma vez que tais documentos são fundamentais para a organização interna e podem ser base para a criação de políticas e serviços condizentes com as demandas apresentadas pela população. Outro fator que corrobora com essa percepção é o baixo número de participantes nas reuniões, principalmente de usuários dos serviços de saúde, quando comparado à população residente no município (superior a 40 mil habitantes). Considerando o número de assinaturas em cada ata e o que foi observado durante o período da pesquisa, houve em média quinze participantes em ambos conselhos. Nos CLS, a maioria eram profissionais das próprias unidades, profissionais residentes e alguns usuários do serviço, sendo que o máximo de assinaturas registradas em uma reunião foi de 54. Já no CMS, raramente havia a participação de algum usuário dos serviços de saúde, sendo os participantes representantes de organizações sociais, prestadores de serviço, gestores e trabalhadores do SUS, tendo 29 como número máximo de assinaturas.

As reuniões do CMS eram abertas ao público, que podia opinar, criticar e sugerir pautas. Entretanto, considera-se para aprovação de pautas apenas o voto paritário dos membros eleitos como representantes de entidades. A paridade, como prevista na Lei nº 8.142/90 e na Resolução nº

453/12, refere-se à necessidade de 50% dos membros votantes dos conselhos serem representantes de entidades ou movimentos sociais, ligados aos usuários dos serviços de saúde. O restante é dividido em entidades que representam os trabalhadores da área de saúde (25%) e representantes do governo e de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (25%)¹⁰. Assim, observou-se pouca preocupação em relação à paridade entre os membros, sendo que, mesmo quando eram votadas pautas orçamentárias importantes, considerava-se apenas a presença de um quorum mínimo.

As entidades e seus representantes, em sua maioria, integravam o CMS há muitos anos, havendo pouca abertura para que outras pudessem ser incluídas. Além disso, os participantes não retratavam a diversidade cultural e humana do município, não divulgavam o espaço e as pautas debatidas para o restante da população (i.e., os membros cobravam dos gestores a divulgação das ações do conselho, atribuindo para eles essa função) e, por vezes, representavam suas próprias necessidades (i.e., demandas individuais por consultas, exames, medicamentos, etc.). A defesa por interesses próprios, assim como o receio de expor posicionamentos e criar divergências com os gestores, por parte dos demais representantes, por vezes, também levavam à aprovação de quaisquer pautas sem questionamentos.

O recomendado, a partir da Resolução nº 453/12, seria que, a cada nova eleição, os diferentes segmentos que compõem os Conselhos de Saúde promovessem a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas, considerando a representatividade, a abrangência e a complementaridade como critérios de inclusão de órgãos, entidades e movimentos sociais¹⁰. A baixa rotatividade de representantes, as fragilidades na representação e a passividade vistas no CMS, dentre inúmeras justificativas, pode traduzir a insuficiência do exercício democrático por parte da própria sociedade civil, que desconhece a função e importância desses espaços de participação social. Como consequência, permitem a cristalização de determinados sujeitos como porta-vozes dos diferentes interesses econômicos e sociais^{11,12,13}.

Os CLS não possuem poder deliberativo, apenas consultivo e, por não haver regimento ou legislação específica, a participação não estava condicionada à escolha de conselheiros representantes, sendo que a participação dos usuários do serviço em ambos CLS sempre ocorreu de forma direta, sem que estes estivessem representando alguma entidade. Os membros presentes nesses espaços geralmente eram profissionais das ESF e pessoas moradoras do território adscrito, engajadas com as necessidades locais. Raras vezes, houve a presença de algum representante da gestão, ou ocupante de cargo político, sendo que a divulgação prévia às comunidades da informação de que estes estariam presentes nas reuniões era um atrativo e levava mais pessoas a participarem. Todavia, nesse tipo de reunião, por ter representantes da gestão ou do parlamento municipal, além de ter maior número de pessoas participando, também era espaço para questionamentos, justificativas pelo não cumprimento de reivindicações comunitárias e também para a divulgação das propostas de atores políticos, prevalecendo a lógica assistencialista. A construção de vínculos com as comunidades e de compromissos sociais e populares ainda evidencia fragilidades e se coloca como desafio para o aprimoramento da participação social.

Somam-se a isso, outros fatores observados e que podem ter interferido na participação da população e autonomia dos conselhos (CLS e CMS), como, por exemplo, a pouca divulgação das reuniões e convites para comparecer, além disso, o fato destas serem realizadas em horário de trabalho dificulta a participação, bem como a falta de estratégias para publicizar as pautas discutidas e deliberações. Além disso, evidenciou-se a ausência de orçamento e espaço próprio para viabilizar suas ações, uma vez que as reuniões do CMS eram realizadas em uma sala na Secretaria Municipal de Saúde, enquanto que as reuniões dos CLS ocorriam nas unidades de saúde, ou seja, ambas

dependiam da disponibilidade do espaço, dos recursos e dos profissionais que lá atuam.

Todos esses elementos refletiram, inclusive, na Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 2019. Na ocasião, os servidores foram liberados de suas atribuições nas unidades de saúde com a condição de que participassem da referida Conferência, havendo um número bastante expressivo e uma valorização deste espaço por parte da gestão e de trabalhadores da saúde. Todavia, dada a pouca divulgação e convite à população, assim como o horário em que foi realizada, a participação desse segmento foi pouco significativa (cerca de 20 pessoas). A metodologia utilizada para a apresentação de propostas somada ao pouco tempo destinado para levantamento de proposições, foi um fator limitador da participação, sendo que muitas partiram dos profissionais. As poucas proposições, oriundas dos usuários dos serviços de saúde, foram esmorecidas ou rechaçadas. Além disso, não houve incentivo para representantes participarem das conferências no âmbito estadual ou nacional de saúde.

Destaca-se que, para além dos conselhos de saúde, a população evidenciou estratégias próprias para fazer cumprir seus direitos ou tornar suas necessidades parte da agenda pública/política. Dentre as estratégias, a preferência pelo contato direto com gestores ou figuras públicas, cobrando promessas políticas e levando-os à mesa para negociar as reivindicações, parece ser uma das mais expressivas, assim como identificado por Valla⁶. Constatou-se, também, a busca por veículos de comunicação, como jornais e páginas em redes sociais, para expor os problemas locais e dar visibilidade, chamando a atenção dos órgãos competentes para sua resolução. A criação de amplas redes de apoio, mutirões para limpeza de espaços públicos, arrecadação de mantimentos para as famílias mais necessitadas, igualmente foram iniciativas de caráter comunitário e solidário, realizadas para suprir as necessidades da população diante da insuficiência de políticas públicas. Nesse sentido, torna-se necessário identificar e reconhecer essas manifestações populares, a fim de legitimá-las e integrá-las na agenda política, tanto por parte dos conselhos de saúde, quanto dos gestores⁶.

O controle social em pauta: principais demandas e relações abordadas

O processo de categorização e análise das atas possibilitou a identificação das principais discussões e deliberações dos conselhos de saúde, permitindo a compreensão sobre seu papel e influência nas decisões, bem como no planejamento das políticas públicas de saúde. Os assuntos referentes a “Comunicações e fluxos dos serviços de saúde” envolveram informações dos serviços de saúde, como férias de profissionais, fluxo de exames e consultas, horário de funcionamento dos serviços, convites para eventos e divulgação dos serviços prestados, geralmente socializados pelos próprios profissionais das unidades. Pautas desta natureza predominaram sobre as demais no CLS 1, enquanto que nos demais conselhos houve menor registro. Ressalta-se que, embora seja importante que os usuários tenham conhecimento sobre a rotina de trabalho da ESF, ainda há pouco protagonismo dos mesmos, pois ao tomar como referência o saber do profissional, assume-se uma postura que dificulta a chegada de outros saberes⁶. Para que haja uma relação respeitosa e interativa entre os saberes de profissionais de saúde e de usuários, é necessário reconhecer que há saberes diferentes, não desiguais, e que ambos têm sua importância e valor. Assim, fica evidente o desafio de construir processos organizativos que superem a histórica supervalorização dos conhecimentos de profissionais de saúde, em detrimento aos da população, possibilitando a dialogicidade e a construção compartilhada de saberes e práticas entre esses atores sociais, tão fundamentais para a produção de saúde nos territórios¹³.

A “conjuntura política”, que inclui o registro das discussões relacionadas ao contexto macro político, como mudança nas políticas públicas e nas legislações, está entre as pautas com menor registro nos

CLS, havendo registro entre as atas do CMS. Dentre as possíveis justificativas para que não sejam discutidas as questões políticas, que indiferente da esfera pública podem repercutir e gerar mudanças no cotidiano dos serviços de saúde, emerge o fato da política não ser vista como instrumento propulsor de mudanças, mas, sim, como um território hostil, corrupto, destinado apenas aos sujeitos com poder, distante das realidades e insuscetível aos desejos do povo¹⁴.

Pautas sobre “Orçamentos em saúde” que englobam relatórios, prestações de contas, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Plurianual (PP), Lei Orçamentária Anual (LOA), foram identificadas apenas no CMS, sendo a pauta predominante. Isso se deve, tanto pelas prerrogativas legais, em que os Conselhos de Saúde devem definir a aplicação e a fiscalização dos recursos da saúde, seja por demanda apresentada pelos gestores junto ao conselho. Porém, na maioria das vezes, essas pautas eram submetidas por exigência formal para liberação de recursos e aprovação de projetos. Tal fato ficou evidente pela inexistência de registros em ata de reconsiderações ou apontamentos de irregularidades e, também, nas reuniões em que não era incentivada a discussão desses documentos. O conteúdo das pautas não era enviado previamente, sendo uma queixa comum dos conselheiros, que referiam não compreender a linguagem técnica daquilo que estava sendo exposto e necessitarem de tempo para tomar conhecimento e ter elementos para discussão. Essa situação foi recorrente e, com a exigência dos gestores e pedido de urgência para aprovação, inúmeras vezes o texto era apenas colocado para votação, sem que houvesse apreciação e apontamentos.

As pautas sobre “Funcionamento interno do CLS e CMS” englobaram questões organizativas, como atualização do regimento interno, necessidade de capacitação, escolha e frequência de representantes, data de reuniões, além da importância e papel desses espaços. Em grande parte das atas do CLS 2, houve o registro de discussões sobre a necessidade de um maior número de participantes e sobre a importância do espaço. Pautas relativas à atualização de regimento interno, necessidade de capacitação e que cobravam a presença de conselheiros foram registradas em parte das atas existentes do CMS. No CLS 1, esse tipo de pauta obteve poucos registros.

A demanda por capacitações advindas dos próprios conselheiros de saúde do CMS, registrada em inúmeras atas ao longo dos anos e, inclusive, observada durante as reuniões, sinalizou o desconhecimento sobre suas atribuições e sobre o papel dos conselhos e das legislações. A busca por capacitações, bem como os raros apontamentos de irregularidades ou pedidos de esclarecimentos, não foram atendidos. A indisponibilidade de tempo e/ou ausência de profissionais que possam proporcionar tal “capacitação”, foram algumas das justificativas dadas pelos gestores para os conselheiros.

A falta de conhecimento sobre o funcionamento dos espaços de controle social e sobre a atuação de seus membros impacta diretamente a dinâmica da participação, por vezes colocando os gestores ou quem tem mais domínio técnico em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil. O acesso à informação proporciona a expansão da capacidade argumentativa dos representantes nos processos decisórios e implica mudanças na condução destes. Assim, a falta de conhecimento fragiliza a comunicação entre o conselho e os responsáveis pela execução das políticas e, conseqüentemente, reduz a capacidade desta instância incidir na implementação de políticas públicas de saúde¹⁵. Ademais, a dinâmica das reuniões, em que prevalece a hegemonia dos segmentos que detêm conhecimentos técnicos, políticos ou gerenciais, pode levar os usuários a desacreditarem na viabilidade do conselho e levar ao seu afastamento de participação nesses espaços, afetando a representatividade da população, como visto no estudo de Valla¹³.

As pautas categorizadas como “Necessidades da população” corresponderam às discussões

levantadas pelos participantes diretamente ligadas às necessidades locais, como a solicitação por ampliação do acesso aos serviços de saúde e de melhorias na comunidade, relativas à acessibilidade, segurança, educação, saneamento e espaços de lazer. Nos CLS, principalmente no CLS 2, as discussões em torno destas demandas prevaleceram e eram trazidas pelos usuários em todas reuniões, repetindo-se ao longo dos anos, por diversas vezes. Tal constatação, incita o questionamento sobre a efetiva resolução das demandas apresentadas.

Em contrapartida, o fato da população, em alguma medida, ainda se fazer presente nesses momentos junto às ESF e expor suas necessidades, mostra que estas são vistas como espaços de diálogo e acolhimento das demandas. Esses aspectos se mostraram fundamentais para que as reuniões e encontros integrassem todos tipos de pautas, como forma de valorização e de reconhecimento das necessidades da população, assim como estratégias de fortalecimento do controle social no SUS. Considera-se que a importância do controle social não está relacionada com o estabelecimento de um espaço burocrático, mas, sim, como um caminho para a democratização da gestão, através do diálogo de saberes, promovendo a compreensão da saúde enquanto direito¹⁶.

Assim, o fato das demandas apresentadas pelos usuários dos serviços nos CLS serem relacionadas basicamente às necessidades cotidianas, que incidem sobre a saúde e qualidade de vida, revelam o compromisso destes com as comunidades. Considera-se a possibilidade deste ser um dos principais elementos mobilizadores, que os levou a inserirem-se e a participarem das reuniões dos conselhos locais. Isso vem ao encontro de outro estudo, em que foram apontados os motivos que levaram à permanência de representantes dos diferentes segmentos nos conselhos, dentre eles, o despertar para a importância da participação social e o compromisso com o papel assumido¹⁷.

No CMS pautas que abordavam as necessidades da população ficaram entre as menos abordadas e, considerando as reuniões presenciadas, observou-se que quando trazidas à discussão não recebiam a devida atenção. Valla¹³ sinalizou essa tendência, atentando para o fato de que, muitas vezes, os mediadores solicitam à população que se manifeste em reuniões, apenas como prova de compromisso com a democracia, sem que haja interesse no conteúdo, reconhecimento de valor ou não há domínio metodológico para a construção de processos participativos.

A partir dessa análise detalhada, é possível identificar que os conselhos produziram pouca incidência na agenda pública e nas políticas de saúde no município, especialmente os CLS, uma vez que as pautas discutidas nestes espaços raramente foram levadas para discussão no CMS, funcionando de forma paralela. Nem mesmo o CMS reconhece em seu Regimento Interno os CLS como parte de sua base organizativa, descentralizada e democratizada. Com efeito, evidenciam-se fragilidades para a efetiva participação popular nesses espaços colocando desafios de natureza político-organizativa, formativa e metodológica para construção de processos de ativação e mobilização popular na saúde, desde as comunidades até o fortalecimento do espaço formal do CMS. Além disso, desafios de qualificação de lideranças e atores sociais acerca dos temas e questões pertinentes para o cumprimento da função de conselheiros de saúde tanto no que se refere à criação, acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução das políticas de saúde.

Considerações Gerais

Analisando o atual contexto macrossocial, observa-se que a concepção de um sistema de saúde público e universal, calcado na gestão participativa e com espaços legítimos para isso, como os conselhos e conferências em saúde, encontra no enfrentamento e superação da lógica capitalista e neoliberal o maior de seus desafios¹⁴. Desde a criação e, principalmente, nos últimos anos, a visão da saúde como mercadoria e a ação de agentes econômicos e políticos nessa mesma perspectiva,

têm levado à precarização e ao desmonte do SUS. Como exemplo disso, está a Emenda à Constituição Nº 95 de 2016, que impôs um novo regime fiscal e definiu um teto dos gastos públicos para os 20 anos seguintes, reduzindo significativamente o valor destinado à saúde¹⁸. Da mesma forma, a aprovação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2017, que induz a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a desvinculação das equipes de saúde dos territórios, a reorganização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, a perda da qualidade dos serviços¹⁹.

Além disso, o Decreto Nº 9.759, de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal²⁰, assim como a revogação do Decreto Nº 8.243, de 2014, que criava a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS)²¹, embora não extingam os conselhos de saúde, por estarem garantidos em Lei, evidenciam o retrocesso nos mecanismos de participação social e ferem diretamente a democracia. O resultado disso, junto ao visível sucateamento e precarização das condições de trabalho no SUS advindos do corte de gastos, bem como o interesse mercadológico e a manipulação midiática, que só apresenta o SUS como problema, direcionam para um processo de flexibilização do princípio da universalidade, abrindo as portas para a privatização dos serviços de saúde²².

Dada a importância da participação popular na saúde, torna-se fundamental lutar pela manutenção e fortalecimento dos conselhos e conferências de saúde. A elucidação e análise destes espaços é parte indispensável do processo, pois possibilita a reflexão e identificação das fragilidades e potencialidades, apontando caminhos para superação dos desafios.

Nesse sentido, este estudo buscou conhecer e analisar a participação popular em espaços legítimos de controle social, em um município da região norte do Rio Grande do Sul e identificou-se pouca incidência da participação popular, mais especificamente dos conselhos de saúde, no planejamento e construção das políticas de saúde. Isso está diretamente relacionado ao desconhecimento sobre a função dos conselhos ou mesmo legislações por parte da população; a falta de recursos próprios dos conselhos para o cumprimento das atribuições; a burocratização, desvalorização e subordinação perante os gestores; a valorização do saber técnico em detrimento do saber popular; a ausência de interação entre os conselhos locais e municipal; a pouca visibilidade e resolutividade das demandas da população. Em contrapartida, os motivos que levam a população a participar nesses espaços, especialmente nos CLS, onde a participação é mais aberta e direta, estão relacionados à dinâmica do conselho, ao acolhimento dado às demandas apresentadas e ao compromisso assumido na busca por melhores condições de saúde e de qualidade de vida para si e sua comunidade.

De toda forma, assim como no estudo de Valla⁶, evidenciou-se que as comunidades se mobilizam e buscam outras estratégias diante das necessidades cotidianas de vida e saúde. Estas estratégias também podem ser consideradas formas de participação popular, uma vez que possuem capacidade de influenciar o andamento de políticas públicas e/ou os serviços de saúde, como o contato direto com agentes políticos, a busca por mídias e canais de comunicação para expor as demandas e a formação de amplas redes de apoio. O desafio, neste caso, por parte dos profissionais de saúde e dos gestores é encontrar formas de ler e compreender as ações e os movimentos das classes populares como manifestações de participação popular, sem deixar de lado todo o trabalho construído em torno dos conselhos de Saúde e do SUS.¹³ Caberá aos trabalhadores da saúde, entidades, gestores do SUS e ao conjunto de conselheiros construir estratégias mais eficazes de mobilização social na saúde.

Nessa perspectiva, a efetiva participação popular se dará na medida em que todos os territórios

onde há as ESF tiverem seus conselhos locais criados como parte organizativa e descentralizada do CMS e esses os conselhos conseguirem dar maior visibilidade, bem como criarem formas de dialogar com a população e as demandas da sociedade civil, alimentando, assim, uma discussão permanente, desde a identificação das mesmas, a devolução ou informação sobre as ações desenvolvidas. As ferramentas da educação permanente e da educação popular em saúde são centrais para esses processos. É fundamental promover a capacitação de atores sociais, aproximando-os dos fundamentos do SUS, dos objetivos do controle social, de seus direitos e deveres como conselheiros, possibilitando a apropriação sobre sua função e empoderamento enquanto sujeito político, visto que esses espaços disputam diferentes interesses e projetos para o campo da saúde⁵.

Os resultados deste estudo podem ser utilizados levando-se em consideração suas limitações, uma vez que a análise da participação diz respeito principalmente ao contexto municipal. Além disso, não se pretende esgotar as discussões sobre a temática, visto que este é campo fértil, amplo e complexo. Sugere-se que novos estudos sejam feitos visando identificar, a partir dos próprios conselheiros e atores sociais os sentidos atribuídos a esses espaços, assim como estudos que proponham intervenções para o fortalecimento e ampliação do controle social e da participação popular.

Referências

¹ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, 5 out. 1988.

² Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

³ Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 jun. 2011.

⁴ Brasil. Lei Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial União, 31 dez. 1990.

⁵ Liporini AARC. Os caminhos da participação e do controle social na saúde: estudo das realidades do Brasil e Espanha. [Tese de doutorado online] Franca: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2010 [acesso em 2020 jan. 22]. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/andreiaparecida.pdf>

⁶ Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública [internet] 1998 [acesso em 2020 jan. 10]; 14 (supl. 2): 07-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>.

⁷ Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

⁸ Lewgoy AMB, Arruda MP. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004 (2):123-124.

- ⁹ Bardin L. Análise de conteúdo. 70 ed. São Paulo: Edições, 2011.
- ¹⁰ Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, 10 maio 2012.
- ¹¹ Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2003: 9-18.
- ¹² Pereira IP, Chai CG, Dias RS, Loyola CMD, Pacheco MAB. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. Saúde soc. [internet], 2019 [acesso em 2020 jan. 20]; 28 (2):111-123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902019000200009&script=sci_arttext&lng=pt.
- ¹³ Valla VV. Educação e Participação Popular - Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, R.G. (org.). Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000 :251-268.
- ¹⁴ Nogueira MA. Em defesa da política. São Paulo: SENAC, 2001.
- ¹⁵ Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002: 47-103.
- ¹⁶ Cruz PJSC; Vieira SCR, Massa NM, Araújo TAM, Vasconcelos ACCP. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em Comunidades de João Pessoa, PB. Saúde Soc. [internet] 2012 Abr. [acesso em 2020 dez. 22]; 21 (4): 1087-1100. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>.
- ¹⁷ Colliselli L, Reibnitz KS, Kleba ME, Comerlatto D. Conselho de Saúde: Uma reflexão sobre os processos de participação dos conselheiros. Rev. Grifos [internet]. 2012 [acesso em 2020 dez. 20]; (32/33): 191-212. doi: 10.22295/grifos.v21i32/33.2408.
- ¹⁸ BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, 16 dez. 2016.
- ¹⁹ Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov. 20]; 42, (116): 11-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>.
- ²⁰ Brasil. Decreto nº 9759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Diário Oficial da União, 2019.
- ²¹ Brasil. Decreto nº 8.243, 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2014.

²² Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JGI. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva [internet], 2018 Jun [acesso em 2019 nov. 20]; 23 (6):1751-1762. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>.

APÊNDICES

Tabela 1: Categorias analíticas, agrupadas por similaridade.

Categorias analíticas	Tópicos
Comunicações e fluxos dos serviços de saúde	Informações sobre os serviços de saúde, geralmente repassados pelos profissionais das unidades, como: férias de profissionais; fluxo para marcação de exames e consultas; horário de funcionamento das unidades; convites para atividades de campanhas (outubro rosa, novembro azul) e grupos realizados na unidade; divulgação em números de serviços prestados (número de consultas médicas realizadas no mês antecedente, número de faltosos, dentre outros informes).
Conjuntura política	Contexto macro político, mudança nas políticas públicas e nas legislações (como por exemplo a aprovação e repercussão da Emenda à Constituição Nº 95; mudanças na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); processo eleitoral nacional).
Orçamentos em saúde	Relatórios e prestações de contas; Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Plano Plurianual (PP); e Lei Orçamentária Anual (LOA).
Funcionamento interno do CLS e CMS	Questões organizativas: atualização do regimento interno; necessidade de capacitação, escolha e frequência de representantes; data de reuniões; além da importância e papel desses espaços (quando algum membro referia-se à função do conselho e chamava a atenção para a necessidade de que houvesse maior participação).
Necessidades da população	Discussões levantadas por participantes diretamente ligadas às necessidades locais como a solicitação por ampliação do acesso aos serviços de saúde e de melhorias na comunidade ou relativas à acessibilidade, segurança, educação, saneamento e espaços de lazer.

Fonte: Dados da pesquisa.

Submissão: 11/05/2020

Aceite: 19/05/2021