

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: A CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA NA SAÚDE BRASILEIRA

Social Participation: the construction of democracy in Brazilian health

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivo: Verificar a construção teórica das expressões “participação social” e “controle social” relacionando com o processo de construção da democracia na saúde brasileira. **Métodos:** Pesquisa bibliográfica nas bases Scielo e Lilacs, no período de 2002 a 2009, sendo utilizados os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde (SUS), Participação e Controle Social, Política de Saúde. **Resultados:** O Pós-Constituição de 1988 trouxe a democratização e a descentralização das políticas sociais, abrindo espaço para incontáveis experiências de participação popular. O Sistema Único de Saúde nasceu para atender às demandas da população diante daquele momento histórico. Porém, hoje, há mais de vinte anos de sua criação, a falta de compreensão dos princípios que o norteiam, por parte dos profissionais de saúde e população, tem se constituído em um desafio à sua efetivação. **Conclusões:** Apesar da institucionalização da participação, a cultura de não participação e o desconhecimento de seus instrumentos são entraves importantes à prática de participação social na saúde, a qual representa um trabalho complexo que precisa ser desenvolvido com ativa relação Cidadão-Estado.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Participação Social.

ABSTRACT

Objective: To verify the theoretical construction of the terms “social participation” and “social control” relating them to the process of construction of democracy in Brazilian health. **Methods:** A bibliographic survey conducted in Lilacs and Scielo databases in the period of 2002 to 2009, using the following descriptors: Unified Health System (SUS), Participation and Social Control, Health Policy. **Results:** The post-1988 Constitution period brought the democratization and decentralization of social policy making room for countless experiences of popular participation. The SUS was created to meet the demands of the population in face of that historic moment. But today, more than twenty years of its creation, the lack of understanding of its guiding principles by health professionals and the population consists in a challenge to its effectiveness. **Conclusions:** Despite the institutionalization of participation, a culture of non-participation and the lack of knowledge of its instruments are significant barriers to the practice of social participation in health, which represents a complex work that needs to be developed with active Citizen-State relationship.

Descriptors: Unified Health System; Health Policy; Social Participation.

Cibelle Cristina da Silva Santos⁽¹⁾

Raquel Littério de Bastos^(2,3)

1) Associação Comunitária Monte Azul - São Paulo (SP) - Brasil

2) Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil

3) Universidade Nove de Julho - UNINOVE - São Paulo (SP) - Brasil

Recebido em: 25/10/2009

Revisado em: 05/05/2010

Aceito em: 07/06/2010

INTRODUÇÃO

A batalha constante para transformar o descrito em nossa Constituição em uma realidade acessível para toda a sociedade é tema de diversos estudos recentes em todo o país. Com maior relevância ao considerarmos que só após o fim do Regime Militar, o Brasil avançou de fato em sua luta pela democracia e pela cidadania, acompanhando o movimento de redemocratização na América Latina.

O termo democracia⁽¹⁾ significa: (1) Governo do povo, sistema em que cada cidadão participa do governo; democratismo; (2) A influência do povo no governo de um Estado; (3) A política ou a doutrina democrática; e (4) O povo, as classes populares. Assim, em uma sociedade democrática, a cidadania consiste do direito de as pessoas definirem as regras do jogo, contando com mecanismos que visem garantir a efetividade desses direitos⁽²⁾.

No Brasil, a democratização política e a descentralização das políticas sociais abriram espaço para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisão de políticas⁽³⁾; devido à criação da Constituição Federal de 1988, que vinha para responder a mobilização da sociedade civil da época.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu no Brasil para atender a necessidade de um modelo de saúde, que considerasse as demandas da população diante daquele momento histórico de grandes mudanças sociais e culturais.

Embasado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade; e estruturado em ações de resolutividade, humanização, racionalização de recursos, hierarquização, regionalização, descentralização, co-responsabilização de todas as esferas de governo; abriu finalmente um espaço à participação comunitária⁽⁴⁾; o que se destaca por grande importância, pois é garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde⁽⁵⁾.

O SUS permitiu ainda a regulamentação de normas constitucionais que propiciariam inovações institucionais como: conferências municipais, estaduais e nacionais temáticas e conselhos gestores de políticas públicas de caráter permanente. Esses novos arranjos institucionais ampliaram a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas⁽⁶⁾.

E, apesar do SUS ter sido criado há mais de duas décadas, e apesar dos intensos avanços que propiciam a divulgação de seus preceitos, a falta de compreensão e aplicação dos princípios que o norteiam, por parte dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, ainda centrados na concepção assistencialista de saúde, constituindo em um entrave à sua implantação efetiva⁽⁵⁾.

De fato, entende-se que a implementação e a divulgação de informações dos princípios não caracterizam necessariamente seu entendimento e mudança do comportamento cultural pela população. Fazendo-se necessário mais do que informação, mas um esclarecimento que permita a compreensão dos usuários sobre o serviço em saúde enquanto direito social e obrigação do Estado.

Para tal, é preciso entender o que ocorre hoje na saúde e o resultado de toda a história do país, o processo que levou à estruturação do modelo atual. Pois a formação do nosso sistema de saúde foi, e continua sendo, influenciada pelo contexto político-social e econômico pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos.

Vale ainda ressaltar que o SUS é tido como a política de maior inclusão social já implementada no Brasil. E representa uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos⁽⁷⁾. Assim, sabe-se que os avanços do SUS são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime⁽⁷⁾. E se esse é o desafio de todos é essencial que haja a participação da população.

Este artigo visa, deste modo, por meio do levantamento bibliográfico, demonstrar que o reconhecimento do processo de formulação do SUS e os importantes processos sociais que levaram a sua criação, são instrumentos essenciais da compreensão da saúde do país, principalmente àquele que é o objetivo final da saúde, seus usuários, possibilitando um olhar sobre o processo de construção da democracia na saúde brasileira, sob a ótica do preceito de Participação Social; reavivando seus conceitos, seus instrumentos jurídicos, entraves, desafios e bases para sua construção na saúde.

MÉTODOS

O presente artigo é uma pesquisa de Levantamento Bibliográfico, buscando sistematicamente os artigos publicados para verificar a construção teórica das expressões “participação social” e “controle social”.

O levantamento desses artigos se deu nas bases de dados Scielo e Lilacs, realizado por meio dos descritores separadamente e em conjunto. O objetivo desta primeira seleção foi selecionar o maior número possível de informações relevantes de cada um, sendo utilizados os seguintes termos: SUS, Participação e Controle Social, Política de Saúde.

A inclusão e exclusão de artigos procederam a partir da leitura dos mesmos para confirmação dos assuntos pertinentes. E, finalmente, a seleção de artigos inter-relacionáveis com dois ou mais descritores. O período

de busca considerou os anos de 2002 a 2009, no intuito do alcance de uma visão mais atual, diante aos assuntos abordados e publicados recentemente.

Para meios de entendimento deste artigo, é necessária a compreensão da utilização das expressões “participação social” e “controle sociais”, aqui citadas como sinônimos. Partindo do pressuposto que não é possível tratar de participação social sem relacionar ao controle social e vice-versa. E ainda, a ampla utilização das mesmas, sem distinção, entre os estudos pesquisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A criação do SUS: breves considerações do processo histórico

Após um passado escravista, de elites e autoritarismos⁽⁸⁾, deu-se a democracia brasileira, não só como alavanca para a concretização dos direitos civis, políticos e sociais, mas também como um movimento social, que desencadeado pelas duras críticas ao regime militar e, sobretudo à crise da área social, permitiu a incorporação desse movimento por mudança em nossa Constituição.

Na saúde, o grande passo iniciou-se com o denominado Movimento da Reforma Sanitária⁽⁸⁾, que defendia a saúde como um direito universal, cabendo ao Estado garanti-la à população, visando à ampliação dos direitos de cidadania, priorizando a inclusão das camadas sociais marginalizadas, no processo histórico de acumulação de capital, que tiveram suas liberdades de participação e organização suprimidas até então⁽²⁾. O movimento lutava pela transformação social, que criaria uma consciência social, conquistada através de sua consciência sanitária⁽²⁾.

Foi dentro deste contexto, que ocorreu em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte na nova Constituição e nas Leis subsequentes⁽⁹⁾, que constituiu um marco na história da saúde no Brasil, reunindo pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, resultando na ampla legitimação dos pressupostos político-ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária⁽²⁾. Nesta conferência, foram definidos os princípios básicos sobre os quais o SUS deveria ser institucionalizado, servindo de subsídio para a aprovação do Capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988^(2,9,10).

O destaque da nova Constituição para saúde deu-se em duas vertentes; primeiro, a forma de financiamento desse novo sistema, e segundo a garantia legal da participação social. As verbas orçamentárias tinham caráter obrigatório, financiando áreas sociais específicas garantindo que, independentemente de quem esteja no poder, serão utilizados

percentuais prefixados nas áreas básicas⁽⁸⁾, como a saúde. Ainda, abria a perspectiva de ação da participação social, possibilitando o avanço na qualidade dos serviços com a efetiva atuação da população, apontando os problemas e as soluções relativas às suas reais demandas^(2,6).

O texto base da Constituição contou ainda com a complementação das leis orgânicas da saúde – que regulam ações e serviços públicos e privados de saúde em sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo, através da Lei n. 8.080; e estabelecendo o controle social através da criação das conferências e conselhos de saúde abertos à participação de diferentes membros da sociedade civil, nas três esferas de governo, pela Lei n. 8.142^(2,10,11). Ambas aprovadas no ano de 1990.

Embora a Constituição de 1988 tenha se tornado um marco da história do país, não se pode concluir que o que foi nela expresso se torne uma ação real⁽⁸⁾. Ainda assim é inegável o grande avanço brasileiro em relação à política pública de saúde com a criação do SUS.

Inegável também é o fato que o SUS é o maior projeto de inclusão social, já ocorrido no Brasil^(7,12), expresso em números impressionantes de cobertura populacional à saúde, se comparada aos atendimentos ocorridos antes de sua criação. Esse avanço só foi possível graças à nova política de descentralização, com forte municipalização da assistência e a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que separou definitivamente as áreas de saúde e de previdência⁽¹²⁾. Este último, agora restrito à concessão e ao gerenciamento das aposentadorias, pensões e seguros de acidentes de trabalho e destituído das atribuições relativas ao atendimento médico-hospitalar⁽¹³⁾.

O SUS permitiu, assim, a unificação da direção em cada esfera de governo, criando meios à participação popular. E com a influência dos valores éticos e sociais de sua política pública perante a população usuária, os seus trabalhadores de saúde e os seus gestores públicos; possibilitou caminhar em direção à conquista dos direitos sociais⁽¹²⁾.

Participação e controle social: entendendo conceitos

A participação social vai além do acesso coletivo à tomada de decisões. Pode ser definida como o controle sobre a própria situação e sobre o próprio projeto de vida, mediante a intervenção em decisões, iniciativas e gestões que afetam o entorno onde tal situação e projetos se desenvolvem⁽¹⁴⁾.

A expressão “controle social”, tanto é empregada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado. E, mesmo nestas duas acepções, existem

diferenças devido ao entendimento da função do Estado e da extensão do seu poder e/ou devido à forma como se concebe a sociedade civil⁽¹⁵⁾. Esta perspectiva de sociedade controlando o Estado é uma forma de atender aos interesses da maioria da população, em reverso ao período da ditadura de controle exclusivo do Estado sobre a sociedade⁽¹⁵⁾.

Dito de outra maneira, o controle social também pode ser definido como a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. É toda ação controladora da sociedade sobre o Estado, objetivando as políticas de saúde⁽⁵⁾. Mas, acima de tudo, é partilhar poder e construir um processo político de conquista da cidadania e de fortalecimento da sociedade⁽⁵⁾.

E essa ação de cidadania ocorre por meio de canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos (a própria sociedade) nos processos decisórios^(11,14). Espaços que reúnem representações de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços no setor da saúde. Com esta composição, se constitui um espaço de mediação dos conflitos decorrentes dos interesses em disputa, que pode ser superado pela construção de um pacto, um acordo, em que preponderem os interesses públicos⁽¹⁶⁾.

A participação/controlar social não pode ser entendida como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização, que implica no estabelecimento em um novo espaço de cidadania, e, nesse sentido, o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde⁽¹¹⁾. Assim, a participação social é um campo com múltiplas possibilidades, que podem ir além do estabelecido em nossa constituição, criado por meio de organizações independentes do Estado, tais como as associações de moradores, conselhos e conferências de saúde, associação de docentes, grupos de mulheres, um meio de confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em Lei⁽¹¹⁾.

Instrumentos de participação: a conquista da participação social nos conselhos e conferências de saúde

Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade”⁽¹⁷⁾. A participação da população é um dos eixos principais na estruturação do SUS e está claramente definida dentro do marco legal da reforma do setor saúde (Constituição Federal, de 1988; Leis 8.080 e 8.142, de 1990)^(18,19).

A Constituição Federal estabelece que é um direito e um dever de todo cidadão participar em todas as esferas de governo. Esta representação legal mostra uma concepção democrática da participação em saúde, significando a integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação, incluindo os aspectos econômicos e financeiros⁽¹⁸⁾.

A regulamentação do preceito constitucional de participação comunitária no SUS levou à criação de um sistema de conselhos de saúde em cada esfera do governo, ampliando ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial, em comparação com o que havia sido proposto por programas anteriores⁽²⁰⁾.

Deveriam ser constituídos conselhos de saúde permanentes, os quais deveriam ser compostos por representantes do governo, de prestadores de saúde, de profissionais de saúde e de usuários. Sendo metade do conselho formada por representantes dos usuários e a outra metade por conselheiros oriundos dos demais segmentos sociais^(6,11,20). Como instância interna à estrutura do SUS suas deliberações são, em geral, resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde), que devem ter como eixos orientadores a representatividade de seus membros, a visibilidade de suas proposições, a transparência das relações e a articulação com a sociedade para garantir o processo democrático e a qualidade das ações⁽¹¹⁾.

Podem, portanto, ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político-institucional do SUS, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Estas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos⁽²⁾.

A criação de conselhos servia, ainda, como um dos requisitos para que as secretarias estaduais e municipais se habilitassem a receber recursos financeiros federais, de acordo com as determinações legais. Como a provisão de serviços de saúde se tornara principalmente uma obrigação municipal, devido ao processo de municipalização, os conselhos municipais poderiam vir a ter controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos, dentro do território da cidade⁽²⁰⁾.

Neste contexto, a criação dos conselhos de saúde no Brasil e a sua importância para a participação da sociedade civil na tomada de decisão é elemento primordial no processo

de construção da cidadania, sendo, ainda, importante instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório no SUS⁽²⁾.

A mesma lei que originou os conselhos originou, também, as conferências de saúde, as quais devem ter a mesma composição dos conselhos e ocorrer a cada quatro anos. A função destas conferências é a de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde^(11,18,20), assim, diferente dos conselhos que atuam em caráter decisório, as conferências são de caráter consultivo.

A criação dos conselhos e das conferências nas esferas federal, estadual e municipal da administração pública não partiu, porém, de um vazio institucional. Na maior parte dos casos, os conselhos originaram-se da adaptação das comissões interinstitucionais já existentes, desde a segunda metade da década de oitenta. A realização de conferências era tradição no setor, desde o início do século. A diferença foi a introdução da relação de periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil⁽²⁰⁾. Com isso, se pretendia que o controle social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde⁽¹⁷⁾.

Outros Mecanismos de Participação

Apesar do destaque dos diversos estudos sobre o fator de participação/controle social dar-se principalmente no que se diz respeito aos Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de caráter obrigatório, existem, porém, outros dispositivos de participação^(18,21), entre eles: o Disque Saúde, as caixas de queixas e sugestões, as ouvidorias de saúde e ainda os mecanismos internos de agências reguladoras.

Em 2003, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, criado por meio do Decreto nº 4.726, compôs a estrutura do Ministério da Saúde como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, abrindo um instrumento de articulação entre o cidadão que exerce seu papel no controle social e a gestão pública de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Entre suas atribuições estão de receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. Serviu ainda como meio unificador dos vários serviços já anteriormente oferecidos aos cidadãos, com a criação do número 0800 61 1997, no Disque Saúde.

O Disque Saúde é a linha telefônica para prestar informações e receber denúncias relativas à saúde. Já as ouvidorias de saúde têm a finalidade de receber reclamações de qualquer cidadão, denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos relativos à saúde, bem como qualquer ato de improbidade administrativa,

praticados por servidores públicos, apurar a veracidade dos fatos e providenciar as medidas cabíveis⁽¹⁸⁾. Contatada tanto pelo Disque Saúde, como por acesso ao site do Ministério da Saúde.

A Sociedade e a busca por Direitos

Do mesmo modo que se contempla a divulgação de informações sobre os mecanismos de participação, devem-se contemplar as informações sobre os meios legais existentes para exigir o cumprimento das leis, bem como das formas de atuação da sociedade para a obtenção de seus direitos. Destaca-se a atuação, e pressão, da população sobre o Ministério Público, os órgãos de proteção e defesa do consumidor, como o PROCON, os Conselhos Profissionais e os meios de comunicação de massa⁽¹⁸⁾. Vale lembrar, que nem sempre consensos são possíveis, mas mantendo-se os conflitos, cabe então a interferência da sociedade sobre estes, atuando como aliados na construção do SUS⁽¹¹⁾.

Entraves e Desafios da Participação Social na Saúde

O alicerce legal promoveu o desenvolvimento de uma estrutura institucional abrangente para a participação dos cidadãos⁽²¹⁾, entretanto alguns estudos e relatórios oficiais registram a limitada participação da população, evidenciando o descompasso entre as conquistas obtidas e a prática cotidiana dos serviços de saúde⁽¹⁸⁾. Assim, a promessa de ampliar a democracia pode estar comprometida por uma cultura política apoiada em uma tradição autoritária ainda subsistente, por uma vida associativa frágil e por resistências, tanto dos atores da sociedade civil como do Estado. Além da resistência dos burocratas em compartilhar o poder^(15,21).

Os conselhos de saúde, apontados com maior frequência em estudos que tratam da participação social na saúde, funcionam como espaço estratégico de expressão de demandas e expectativas. Contudo, trata-se de uma conquista recente, sendo compreensível que existam, ainda, muitas questões a serem discutidas para sua atuação efetiva. Estudos apontam que o funcionamento dos conselhos de saúde não são semelhantes em todo o país, visto que muitas localidades apresentam inúmeras dificuldades para seu funcionamento^(2,5).

Em decorrência do pouco tempo de funcionamento dos conselhos gestores locais, a população ainda não se habituou a exercer este direito⁽⁵⁾. Outros estudos apontam, ainda, questões como a falta de capacitação técnica e política dos conselheiros, para ocupar os espaços de negociação de políticas, com maior destaque ao segmento dos usuários⁽⁶⁾. A questão da composição versus a representação, os

recursos e as desigualdades entre os conselhos, também são apontados com destaque^(2,6).

Observa-se que a composição dos conselhos não respeita os princípios da paridade, e os critérios de escolha de seus membros são obscuros em muitos casos, principalmente daqueles que representam os interesses dos usuários e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. Mesmo que a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada juridicamente, não está assegurada a capacidade de intervenção desse grupo⁽²⁾.

O reconhecimento de que apenas a exigência legal para o controle social não tem se mostrado suficiente para sua legitimação no país, levou à criação de algumas táticas de intervenção que visem à efetivação deste princípio constitucional⁽²⁾.

Os cursos de capacitação de conselheiros que estão sendo desenvolvidos em convênio entre instituições de ensino e pesquisa de vários estados, visam resolver um destes aspectos, o da capacitação técnica⁽²²⁾. Neste sentido, processos educativos participativos poderiam ser utilizados para capacitação dos diferentes segmentos envolvidos⁽⁵⁾.

A cultura de não participação presente em nossa sociedade e o medo de discriminação são fatores que contribuem para que a participação nos órgãos colegiados seja reduzida⁽⁵⁾. Numerosos estudos sobre os conselhos de saúde têm demonstrado que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país⁽³⁾. Diversos autores reconhecem que também há obstáculos à participação, interpostos pelos próprios gestores: falta de transparência na apresentação de relatórios; uso de linguagem demasiadamente técnica; falta de infraestrutura para o funcionamento do conselho⁽⁶⁾.

A ruptura da relação conferências e conselhos é ainda outra questão que faz com que estes últimos não possam pautar suas deliberações por diretrizes geradas num processo participativo, isto tem implicações para uma possível contribuição dos conselhos com a reestruturação da atenção à saúde⁽⁶⁾.

A questão da representatividade, em determinado estudo⁽²²⁾, que descreve o perfil dos representantes dos Conselhos, aponta que os conselheiros são predominantemente formados por homens mais velhos, melhor educados e com salários bem maiores que a média da comunidade. Assim, quanto a fatores educacionais e financeiros, essa profunda distinção com a média dos usuários, torna difícil a identificação entre representantes e representados, tornando-se mais um obstáculo quase que intransponível para a participação.

Bases para a participação social: a tríade dos sujeitos sociopolíticos e a institucionalização da participação

Embora os conselhos corram os riscos de reproduzir relações clientelistas, são espaços propícios para a construção do sujeito sociopolítico, porque a institucionalização da participação os favorece⁽¹⁴⁾. Os conselhos de saúde são espaços de discussão e crescimento, pois permitem o diálogo dos três lados envolvidos, mesmo que às vezes, com interesses conflitantes⁽⁵⁾. Os sujeitos sociopolíticos – usuários, trabalhadores da saúde e gestores – compartilhando saberes e construindo um novo saber que articule o saber técnico e o saber popular, cria condições propícias para estabelecer um projeto assistencial comum⁽¹⁴⁾.

Os usuários trazem seus saberes e as necessidades de seus pares, e vivenciam um importante processo de aprendizado do exercício do poder político, exercendo a cidadania; mas, por outro lado, recebem a responsabilidade de participar das decisões. Os trabalhadores de saúde, ao ouvirem os usuários, modificam velhas formas de trabalho para atender melhor a população. Mas é fundamental que se tenha o apoio e compromisso dos gestores municipais com as propostas levantadas nos conselhos locais, pois a conduta do gestor municipal é essencial no sentido de estimular a participação cidadã e reforçar o compromisso ético com o conjunto de seus moradores⁽⁵⁾.

No espaço não institucionalizado da participação da população, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. O dito “trabalho em equipe” representa o trabalho em equipe dos conselheiros de saúde. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “fazer por”, ao invés do “fazer com”. E nisto está o grande conflito, pois a população é chamada a participar, sobretudo para legitimar decisões já tomadas. Há, ainda, situações em que usuários e usuários-conselheiros apresentam suas críticas ou sugestões para a organização do trabalho da equipe, e estas são percebidas não como uma forma de participação social, mas sim como uma forma de fiscalização pelos trabalhadores e trabalhadores-conselheiros⁽¹⁴⁾.

Informação, Conhecimento e Comunicação

Ainda em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, já se reconhecia que o pleno exercício do direito à saúde implicava em ter garantido o acesso à educação, informação e participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, assim como a livre organização e expressão⁽²³⁾. Fato ainda reafirmado pelas conferências seguintes em 2000 e 2003, quando, com ênfase, foi dada a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação

e o controle social nas ações e nas políticas públicas de saúde⁽²³⁾.

Pode-se considerar que ainda é limitado o nível de informação da população estudada sobre os mecanismos institucionais de participação, quer seja individual ou coletivo. Embora ocorra certa difusão da existência dos diferentes mecanismos entre a população, uma proporção considerável dos entrevistados afirmou desconhecer os mecanismos institucionais de participação. As causas deste baixo nível de informação são, provavelmente, múltiplas, evidenciando o descompasso entre as conquistas obtidas no plano formal e a prática cotidiana dos serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

A informação possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios, fazendo-se necessário a existência de mecanismos participativos e democráticos⁽¹⁵⁾. Além disso, é um elemento fundamental para a gestão e o controle social do SUS⁽¹¹⁾. O aparato que envolve a informação em saúde deve ser democratizado e as barreiras superadas. Para tal, se faz necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos neste processo, o efetivo conhecimento do SUS, da Legislação, da realidade: epidemiológica, assistencial, financeira e política; no que se diz respeito a acompanhar, estimular e avaliar o sistema de informações em saúde⁽¹⁵⁾; desenvolvidas nas instituições de saúde em todas as esferas: nacional, estadual, municipal e local⁽¹¹⁾.

O controle social tem papel fundamental enquanto princípio orientador do SUS que possibilite a participação da sociedade na formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde. Assim, o controle social e a democratização da informação se reforçam mutuamente. Diante disto, cabe aí o papel primordial dos usuários, tanto no que diz respeito ao interesse de informar, como no de ser informado, sobre as falhas e inadequações do serviço. No esforço de aprimorar, cada vez mais, suas ações e possibilitar visibilidade e transparência no exercício da prática cotidiana⁽¹¹⁾.

Portanto, o desafio é instituir um sistema público de saúde democrático, com mecanismos de controle social, é urgente a definição de uma política de informação em saúde que garanta a comunicação e divulgação de dados consistentes e transparentes em articulação com instituições de saúde e áreas afins que possam contribuir na identificação, processamento e análise crítica de dados e indicadores de saúde, permitindo o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados ou não identificados, como de relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro⁽¹¹⁾.

O SUS é um sistema em constante construção, o que não é em si um problema, já que a população é sempre mutante, e um sistema de saúde que esteja em construção

poderá assumir estas mudanças e se adaptar a um novo perfil ou demanda dos usuários. Porém, o que se nota é que, sem conseguir aplicar na prática as suas propostas, o SUS deixa de assumir o papel a que se fez, e se torna uma barreira à real participação de sua população. Assim, o desafio atual é mostrar a esta população as formas de participação conjunta: Cidadão-Estado, tirando da teoria o que foi determinado pelos seus tão valiosos princípios e diretrizes.

Sabemos que a sociedade não é um domínio estanque e que, por isso, atingir as metas do sistema se torna uma tarefa árdua e complexa, entretanto necessária.

A reforma sanitária brasileira foi o marco histórico da atuação social na política e na construção do direito à saúde, mas não foi apenas uma luta pela saúde, e sim o início de uma luta por toda a conquista e reconhecimento da obrigação e do papel do Estado e do povo, em prol dos direitos sociais.

Foi o primeiro grande movimento em que a sociedade agiu de fato para pôr em prática a palavra Democracia, em que realmente a população esteve no poder e soube usar disso para causar uma transformação no conceito de saúde. Fato este que levou à criação de uma nova Constituição e de uma nova gama de reconhecimento dos direitos sociais.

A Constituição e as leis complementares, na tentativa de manter essa atuação do povo diante da construção de seus direitos sociais na saúde, abriram um novo espaço de participação, criando por meios obrigatórios e institucionalizados, os conselhos e conferências de saúde.

A institucionalização da participação tornou-se, portanto, um dos meios pelo qual se abre este espaço de forma mais efetiva, já que o contrário pode trazer uma visão equivocada de que participar seja apenas fiscalizar o que já está em andamento. Assim com a institucionalização, de fato, se abandona a ideia do “fazer pelos usuários”, para efetivar a ideia do “fazer com os usuários”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não só o SUS ou a participação social na saúde, mas a construção do direito à saúde, realiza-se a partir da conquista dos procedimentos jurídico administrativos, porém, só os recursos da legalidade não são suficientes para concretização da “boa saúde” de nossa população.

A cultura de não participação e o desconhecimento dos instrumentos de participação são entraves importantes para a prática da participação e do controle social na saúde. Assim, representam um trabalho complexo que precisa ser desenvolvido, e que requer muito mais do que intervenções do setor da saúde. Eles requerem um trabalho articulado

entre os diversos segmentos sociais com ativa relação Cidadão-Estado. Sem isso não existe democracia na saúde e sim um amontoado de leis de papel.

REFERÊNCIAS

- Weiszflog W. *Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos; 2007.
- Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008, 18(1):105-21.
- Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2002;7(3):537-47.
- Silva GGA. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. *Interface*. 2006;10(19):7-24.
- Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):470-8.
- Stralen VCJ, Lima ÂMD, Fonseca SD, Saraiva LES, Stralen VTBS, Belisário SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc Saúde Col*. 2006;11(3):621-32.
- Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
- Fonseca F. Democracia e participação no Brasil: descentralização e cidadania face ao capitalismo contemporâneo. *Rev Katálysis*. 2007;10(2):245-25.
- Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):449-58.
- Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):197-206.
- Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latinoam Enferm*. 2003;11(3):376-82.
- Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc Saúde Col*. 2008;13(Suppl):2009-18.
- Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev Sociol Política*. 2002;(18):49-71.
- Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Col*. 2005;10(2):323-31.
- Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Col*. 2007;12(3):683-8.
- Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):409-26.
- Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2006;11(3):797-805.
- Vázquez ML, Silva MRF, Gonzalez ESC, Diniz AS, Pereira APC, Veras ICL, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(suppl):141-55.
- Wendhausen Á, Cardoso SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):579-84.
- Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. 2002; (7):18-49.
- Coelho VSP. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos - CEBRAP*. 2007;(78):77-92.
- Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1670-81.
- Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(2):56-69.

Endereço para correspondência:

Cibelle Cristina da Silva Santos
 Rua João Chammas, 500
 Bairro: Jardim Souza
 CEP: 04917-140 - São Paulo - SP - Brasil
 E-mail: cibellesisan@gmail.com