

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS: PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS SOBRE O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Andréia Vieira de Souza¹
Tânia Regina Krüger²

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar que proposições os Relatórios das Conferências de Saúde: nacionais a partir da 8ª até 13ª, estaduais de Santa Catarina 3ª, 4ª e 5ª e municipais de Florianópolis 1ª, 6ª e 7ª fazem em relação ao Conselho Local de Saúde. A pesquisa se sustentou nos referenciais sobre a participação que fundamentaram a Reforma Sanitária e o SUS, contemplou um levantamento bibliográfico, documental e entrevista semi-estruturada. Como resultado identificou-se que os Conselhos Locais de Saúde não apresentam um caráter deliberativo, mas viabilizam ações que contribuem para ampliação da fiscalização e organização da política de saúde do município. A participação social no SUS via Conselhos Locais de Saúde ainda é frágil, contudo potencializa o surgimento de novos atores, socializa as informações do SUS e fortalece espaços participativos neste âmbito.

Palavras chaves: Participação Social; Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde; Política de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende se somar aos estudos sobre a participação social e controle social nos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde. O objetivo deste estudo foi identificar que proposições as Conferências Nacionais de Saúde, a Estadual de Santa Catarina e a Municipal de Florianópolis fazem em relação ao Conselho Local de Saúde, com vistas a refletir sobre o processo participativo no SUS.

As Conferências de Saúde³ acontecem no âmbito municipal, estadual e nacional e são um dos requisitos formais para a descentralização dos serviços de saúde. Elas se

¹ Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: andreiaivrsk@yahoo.com.br

² Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: tania@cse.ufsc.br

³ As Conferências Nacionais de Saúde foram criadas pelo governo Getúlio Vargas em 1937. Entre 1941 e 1980 aconteceram as sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde que contavam apenas com a participação dos representantes do governo, da medicina previdenciária e da medicina privada e filantrópica. Conferências mais democráticas, abertas à participação de usuários e trabalhadores da área começam a acontecer nas três esferas de governo após a regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990.

institucionalizaram com a incorporação das propostas da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988 e são regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990 (KRÜGER, 2005). Portanto, as Conferências, ao lado dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, representam a materialização da diretriz constitucional de participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Os estudos sobre Conferências de Saúde ainda são muito reduzidos. Não encontramos referências sobre o tema pré-conferências e são raros os estudos sobre Conselhos Locais de Saúde. O Conselho Local de Saúde é o espaço de participação mais próximo da comunidade e é o primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar. A expressão das necessidades dos usuários se manifestando no espaço do Conselho Local de Saúde, em tese, tem o potencial de se articular com os outros níveis de participação que são deliberativos da política de saúde, no caso os Conselhos Municipais de Saúde, realizando, desse modo, aproximações com a democracia direta e uma democracia representativa vinculada às suas bases sociais. Com base nestes pressupostos se procurou conhecer como o Movimento Sanitário e o SUS vêm se referenciando ao tema da participação local e como as reivindicações para criação dos Conselhos Locais de Saúde vêm aparecendo nos Relatórios das Conferências Nacionais, Estaduais de Santa Catarina e Municipal de Florianópolis.

Este texto foi construído com base na consulta nos Relatórios Finais da 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde. Esta amostra foi realizada a partir de 1986 quando as Conferências Nacionais passaram a ter um caráter democrático. Das Conferências Estaduais de Saúde em Santa Catarina se localizou os Relatórios Finais da 3ª, 4ª e 5ª, realizadas em 2000, 2003 e 2007 respectivamente. Em Florianópolis foram pesquisados os Relatórios Finais da 1ª, 6ª e 7ª Conferência Municipal de Saúde, do mesmo modo os demais Relatórios não foram localizados. Em paralelo se realizou uma revisão bibliográfica em torno do sentido de participação que serviu de fundamentos para a construção do SUS e algumas indicações do processo participativo local na atualidade.

2 A CONSTRUÇÃO DO SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A palavra participação, conforme a época e a conjuntura histórica apresentam-se à associada a outros termos, como: democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, direitos sociais, solidariedade e exclusão. No caso do SUS, a participação social

deveria significar relações democráticas onde as decisões públicas fossem divididas e socializadas.

Mas a palavra participação, em sua aplicação no cotidiano, pode guardar muitas possibilidades. Assim, “[...] o termo participação se acomoda a diferentes interpretações, já que se pode participar, ou tomar parte nalguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples espectador mais ou menos marginal a de protagonista de destaque.” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO 1998, p. 888). Segundo estes autores a participação política pode ter três formas distintas: a presencial, forma menos intensa e marginal; a participação ativa, na qual o sujeito desenvolve uma série de atividades a ele delegadas de forma permanente; e a participação política, em que o sujeito contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

A participação social no Brasil até meados do século XX se reduzia às relações no âmbito da família, da comunidade e indivíduo. No período do desenvolvimentismo a participação incentivada era para as pessoas terem práticas sociais que se vinculavam aos grandes planos de desenvolvimento da nação. Em geral, as práticas de participação social tinham um caráter moralista e higienista e procuravam manter o consenso entre os sujeitos sociais, pois não envolviam debate sobre a direção e organização dos serviços públicos. No Brasil a história da participação está vinculada às características da formação capitalista e da nossa cultura política: colônia de exploração, modernização conservadora, latifúndio, formação hipertardia, corrupção e exclusão das massas populares (KRÜGER, 2005).

Dessa forma precisa-se levar em consideração a realidade histórico-social e a relação Estado-sociedade para entender a história da participação social no Brasil. Para Carvalho (1995, p. 24) “participação tem o sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo.” Esse sentido de participação foi construído no processo de redemocratização e resultou no reconhecimento dos direitos sociais na Carta Constitucional de 1988.

De acordo com Rodrigues Neto (2003 apud KRÜGER, 2005), a partir de meados dos anos de 1970 e a década de 1980, na conjuntura de democratização do país, surge o Movimento da Reforma Sanitária⁴, que reivindicava uma política de saúde universal,

⁴ O Movimento Sanitário remonta a década de 1960, sobretudo na III Conferência Nacional de Saúde, mas identifica como seu início, o ano de 1976, a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e com a publicação da Revista Saúde em Debate, há uma continuidade e consistência progressiva do Movimento. R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

participativa, descentralizada e hierarquizada. O Projeto da Reforma Sanitária se construiu através da participação dos movimentos populares em saúde, de intelectuais da área da saúde, de Departamentos de Medicina Preventiva de algumas universidades, de profissionais de saúde, de agentes de saúde das dioceses, de entidades representativas do setor médico, de sindicatos e de partidos políticos, entre outros.

O sentido de participação incorporado pelos sujeitos envolvidos no Movimento da Reforma Sanitária na época da redemocratização deu-se através de reivindicações que visavam à melhoria social na área da saúde. Desta forma, através das reivindicações, o Movimento da Reforma Sanitária conquistou espaços importantes na sociedade e, ao mesmo tempo, pressão sobre o Estado. “A participação passa a ter o sentido explícito de luta e contestação.” (CARVALHO, 1995, p. 23). Pode-se salientar também que a participação no Movimento da Reforma Sanitária se caracterizou em uma perspectiva de crítica ao sistema hegemônico.

As experiências de participação dentro do Movimento da Reforma Sanitária, que inicialmente se restringiam mais às reivindicações por serviços de saúde logo ganham um caráter mais político e se ampliam para o conjunto do Estado e da sociedade, interferindo na dinâmica social do país. A participação, naquele momento, tinha como grandes bandeiras o Estado democrático, o direito à saúde e o espaço para a população participar na tomada de decisões sobre as políticas sociais. A participação da sociedade, reivindicada, era colocada como uma condição para a construção do novo sistema de saúde. Nesse plano que se definem seus objetivos: a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também pelo acesso ao poder.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular ou de aproximação da comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde. (CARVALHO, 1995, p. 23).

Esta reivindicação de participação em meio aos embates do processo constituinte foi contemplada entre as três diretrizes do SUS: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e c) participação da comunidade (BRASIL, 1988). A

diretriz de participação da comunidade foi regulamentada na Lei nº. 8.142/1990 que prevê sua operacionalização via Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

Através da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), o Conselho de Saúde é paritariamente composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde de acordo com sua instância, além do controle dos aspectos econômicos e financeiros. A mesma lei regulamenta as Conferências de Saúde como eventos que devem ser realizados a cada quatro anos para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. Os Conselhos e Conferências de Saúde funcionam nos três níveis de governo: nacional, estadual e municipal. Nas mesmas esferas estão constituídos Conselhos e se realizam Conferências das demais políticas sociais como: da mulher, criança e adolescente, assistência social, trabalho e renda, educação, idosos, agricultura, meio ambiente, entre outras.

Os Conselhos e Conferências são aqui entendidos como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas. São espaços que contribuem para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, da defesa de uma política pública de saúde pautada na integralidade, cuja ênfase é a melhoria da qualidade dos serviços prestados para a população. O controle social através dos Conselhos e Conferências de saúde possibilita também “denunciar a apropriação privada do que é público e/ou re-alocar recursos pré-determinados no Orçamento.” (CORREIA, 2007, p. 135).

Na avaliação de Labra (2005, p. 353), “os Conselhos de Saúde configuram um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural”. A autora ressalta que os Conselhos de Saúde no SUS representam uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais. Os Conselhos e Conferências de saúde são instrumentos para determinar as ações dos gestores públicos, pois aprovam planos, projetos, relatórios financeiros, entre outros. Numa realidade brasileira em que o público é tratado com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes, em sua maioria, ainda está nas mãos dos gestores, tratando-os com sigilo como se fossem privados, o papel dos Conselhos e Conferências possui uma grande relevância pública (CORREIA, 2007).

2.1 CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: SE APROXIMANDO DE CONCEITOS

Na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990) não está previsto a constituição de Conselhos Locais, mas o § 5º do art. 1º da mesma lei define que “as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.” Com isto tem-se a abertura para o exercício do controle social em outros espaços, além das três esferas de governo, levando em consideração a especificidade de cada região. Assim, os Conselhos Locais de Saúde podem ser estratégias e braços do Conselho Municipal nas várias localidades de um município, com objetivo de ampliar os canais de participação.

Os Conselhos Locais de Saúde, normalmente, têm se organizado nos bairros em torno de uma Unidade Local de Saúde. No entanto, a existência de uma Unidade de Saúde não é a condição necessária para a organização de um Conselho Local. Porém, a sede do Conselho Local normalmente também tem sido a Unidade de Saúde. Mesmo a organização dos Conselhos Locais de Saúde não estando prevista na Lei 8.142/1990, entende-se que a participação em nível local também foi bandeira do Movimento Sanitário. Os Conselhos Locais de Saúde, como espaços mais informais e menos burocratizados, começam a se constituir em maior número nos anos 2000 e se estruturam a partir de Resoluções dos Conselhos Municipais de Saúde envolvendo profissionais de saúde que atuam no bairro, lideranças sociais diversas, representantes de escolas, clubes e usuários sem uma vinculação institucional.

Os Conselhos Locais de Saúde podem viabilizar maior aproximação do Conselho Municipal de Saúde com o bairro, no que se refere à participação, elaboração das proposições para a política de saúde e este também pode contribuir/influenciar nas decisões tomadas pelo Conselho Municipal. A existência de Conselhos Locais pode facilitar com que o Conselho Municipal de Saúde conheça melhor as necessidades de saúde de seu município, assim é possível um maior controle social sobre os serviços prestados a população. No entanto, para Gontijo (2003, p. 1):

[...] é necessário avançar mais no processo de construção do novo sistema efetivando a participação e a co-responsabilidade das comunidades com a produção de saúde. O incentivo à criação dos Conselhos Locais se coloca como alternativa viável e democrática para o avanço deste processo.

No município de Florianópolis os Conselhos Locais⁵ de Saúde foram regulamentados pela Resolução 10/2008 que determina sua Criação, implantação e funcionamento:

O Conselho Local de Saúde tem caráter resolutivo e propositivo, suas decisões devem ser encaminhadas para o Conselho Municipal, que por este último ter um caráter deliberativo poderá tomar providências junto da Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho Local será composto de 50% de usuários e 50% de trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Quanto ao número de conselheiros, deve ter o mínimo de oito Conselheiros titulares e no máximo dezesseis, sendo que para cada titular, deverá ter um suplente (FLORIANÓPOLIS, 2008).

A título de exemplo o município de Salvador o Conselho Local de Saúde tem uma definição bastante semelhante: “Os Conselhos Locais de Saúde [...] são órgãos de instância colegiada do Sistema Único de Saúde do Município do Salvador, com funções de caráter fiscalizador, consultivo e normativo no âmbito da sua área de ação.” (SALVADOR, 2007, p. 03). Os Conselhos Locais na maioria de suas caracterizações e experiências não possuem um caráter deliberativo, mas possibilidades de atuação do âmbito local de organizar, normatizar e fiscalizar as ações de saúde são amplas.

2.2 CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: AS PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS

As Conferências Nacionais de Saúde possuem uma trajetória de quase três quartos de século no Brasil. Até 1980, aconteceram numa conjuntura fechada, exceto a de 1963. Nelas tinham assento representantes do governo, da medicina previdenciária e da medicina privada. Com esta conjuntura podemos salientar que estas Conferências não trazem menção sobre os Conselhos Locais, somente a partir de 1986, no período de redemocratização, com a 8ª Conferência Nacional, elas adquirem um caráter democrático e são mobilizadoras de

⁵ Atribuições e competências do Conselho Local, conforme Regimento Interno do Conselho Local, elaborado pelo Conselho Municipal de Saúde: a) tomar conhecimento dos problemas de saúde da população do seu bairro; b) organizar a população para que lhe sejam garantidas melhores condições de saúde; c) proporcionar meios de informação para os usuários da Unidade Local de Saúde, de interesse da saúde coletiva, bem como, das atividades desenvolvidas pelo SUS; d) despertar o interesse dos moradores do bairro, a fim de obter a sua participação ativa e consciente na identificação e busca de soluções para os problemas de saúde; e) representar a população perante as autoridades competentes, dentro de suas atribuições e por delegação dos seus pares; f) acompanhar e avaliar as atividades da Unidade de Saúde do bairro e os serviços prestados à população; g) participar do planejamento das ações locais de saúde; h) ajudar na implementação do Plano Municipal de Saúde e participar ativamente do planejamento e realização das pré-conferências de saúde, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.

diferentes segmentos sociais nas três esferas de governo, nascendo a partir desta as Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de março de 1986 realizou-se em pleno processo de redemocratização do país, com a participação efetiva de vários segmentos da sociedade, marcou as lutas e a consolidação do SUS (BRASIL, 1986). No Relatório Final no tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde pode encontrar a proposição sobre a constituição de Conselhos Locais:

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida (BRASIL, 1986, p. 18).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, de 1992, realizou-se numa conjuntura de insatisfação social, e este período foi marcado pelo *impeachment* do então presidente Collor. As propostas desta Conferência ficaram em torno do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde, com ênfase na municipalização. No Relatório Final algumas proposições sobre os Conselhos de Saúde, foram encontradas no item nº 6.1: “Garantir a implantação dos Conselhos de Saúde nos diversos níveis, no máximo até seis meses após a publicação deste Relatório” (BRASIL, 1992, p. 33), sem referências específicas aos Conselhos Locais, mas com indicações sobre Conselhos Gestores de Unidade.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, de 1996, procurou reafirmar o SUS, fazer crítica e protesto à política neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso, o debate pela definição da alocação de recursos para a saúde e sobre a organização da atenção básica. No Relatório Final, na parte referente ao Controle Social no SUS indica que: “os Conselhos e os Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões.” (BRASIL, 1996, p. 42). Propõe também a constituição de Conselhos Distritais e Regionais (BRASIL, 1996). Assim, não há uma referência específica a constituição de Conselhos Locais de Saúde, seguindo a mesma lógica da Conferência anterior, mas indica para implementação de novos mecanismos de participação, que em nosso entender também podem ser os Conselhos Locais.

Em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, foi debatido o agravamento da falta de qualidade de vida da população em decorrência da política neoliberal com a aplicação de ajustes fiscais. A Conferência trabalhou para a afirmação do serviço público e combate a

R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

mercantilização da saúde. No Relatório Final, no que se refere ao Controle Social, não houve propriamente proposições para os Conselhos Locais, mas os participantes da Conferência aprovaram: “Os Conselhos Municipais de Saúde são os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos.” (BRASIL, 2000, p. 44 e 45). Porém precisam de autonomia, pois de acordo com o documento “são comuns os ‘Conselhos Cartoriais’, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários comprometendo a autonomia política.” (BRASIL, 2000, p. 45, grifo do Relatório). Nota-se também a proposição de constituição de Conselhos Regionais de Saúde de caráter consultivo o que, para algumas cidades, pode representar o início de organização local.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 2003, denominada Conferência Sérgio Arouca, teve como objetivo discutir propostas que viabilizassem a formulação do Plano Nacional de Saúde para o governo Lula. As propostas deram ênfase à reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS. No Relatório Final, nas diretrizes gerais, especificamente sobre o controle social e gestão participativa propõe: “Incentivar a formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apoiar e dinamizar suas ações, viabilizando a participação dos Conselhos Locais em Conferências, Fóruns de Saúde e outros eventos semelhantes.” (BRASIL, 2003, p. 103). Também foram encontradas proposições no item nº17 Conselhos de Saúde:

Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde com dotação orçamentária e estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de seminários e palestras, nos Conselhos, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros, usuários e gestores, apoiados pelas secretarias municipais de saúde, assegurando autonomia estrutural, eleições democráticas das entidades representativas dos segmentos, a paridade conforme a Resolução CNS nº. 333/2003, bem como eleições de todos os membros das mesas diretoras (BRASIL, 2003, p. 107).

Com 12ª Conferência teve-se uma maior abertura para a participação através de Conselhos Locais, onde a comunidade pode passar a elencar e discutir proposições para a política de saúde de seu município.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, de acordo com o Relatório Final, dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, isto equivale a 77% dos municípios do país, significando um avanço para o Controle Social (BRASIL, 2007). O tema discutido na Conferência: Saúde e Qualidade de Vida, políticas de

Estado e Desenvolvimento, no Eixo III – A participação da sociedade na efetivação do direito humano a saúde - destaca-se a proposição sobre Conselhos Locais:

Incentivar a criação por lei, em todo o país, de Conselhos Locais e Distritais de Saúde, com apoio e supervisão das três esferas de governo, como instâncias de controle social, recomendando a participação efetiva de usuários e trabalhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento (BRASIL, 2007, p. 162).

No conjunto dos seis Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde pesquisados três não apresentam diretamente proposições para os Conselhos Locais de Saúde (9^a, 10^a e 11^a). O tema da participação local apareceu na 8^a e voltou a ser retomado na 12^a e na 13^a, num governo que inicialmente parecia se sustentar em bases democrático populares. No entanto, se evidenciam em todos os Relatórios preocupações em garantir espaços de participação social no SUS.

2.3 CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: AS PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS

Também se buscou nos Relatórios das Conferências do estado de Santa Catarina, referências sobre os Conselhos Locais. Na pesquisa realizada na SES não foi possível localizar os Relatórios da 1^a Conferência realizada em 1992 e da 2^a, em 1996. Portanto, trabalhou-se somente com documentos da 3^a, 4^a e 5^a Conferências. A 3^a Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, que se realizou em 2000, no Relatório Final, sobre participação popular e controle social encontra-se:

Articulação do Conselho Municipal de Saúde com outros Conselhos existentes no município e entre os diversos Conselhos Locais de Saúde [...].Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde realizem planejamento participativo, incluindo o orçamento do Fundo Municipal de Saúde, com a participação efetiva dos Conselhos Locais de Saúde [...].Que os Conselhos Locais, Regionais e Municipais fiscalizem o cumprimento do Plano Municipal de Saúde, realizando plenárias anuais para avaliação do mesmo (SANTA CATARINA, 2000, p. 1 e 3).

Em outubro de 2003, 4^a Conferência Estadual de Saúde também elencou algumas proposições sobre Conselhos Locais. O Relatório Final, no que refere à gestão participativa, destaca: “Realizar a eleição dos Conselhos Municipais de Saúde em fórum específico por segmento e que seja garantido no mínimo um assento nos Conselhos Municipais para representante dos Conselhos Locais de Saúde”. Outra proposição importante está relacionada R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

a “garantir no orçamento do Conselho Municipal de Saúde (Fundo Municipal de Saúde), uma verba para manter os Conselhos Locais de Saúde e promover as atividades que estimulem a participação popular.” (SANTA CATARINA, 2003, p. 26 e 27).

A 5ª Conferência Estadual de Saúde foi realizada em setembro de 2007 e 276 dos 293 municípios de Santa Catarina realizaram Conferência Municipal de Saúde. Eleitos nas Conferências Municipais estiveram presentes 1007 delegados. Os debates desta etapa estadual da 13ª Conferência Nacional de Saúde tiveram foco em três eixos temáticos: a) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; b) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e, c) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. No Relatório Final (SANTA CATARINA, 2007, p. 12)⁶ em sua versão preliminar, foram identificadas duas proposições que tratam propriamente dos Conselhos Locais: “Estimular a luta em defesa do SUS, através das entidades representativas tais como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), conselhos municipais de saúde e conselhos locais.” Seguida da proposição “Incentivar a criação de conselhos locais de saúde em todos os municípios do país com apoio e supervisão das três esferas de governo.”

2.4 CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: AS PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE FLORIANÓPOLIS

Em Florianópolis já foram realizadas sete Conferências Municipais de Saúde, mas só conseguiu-se localizar três Relatórios da 1ª, 6ª e 7ª⁷. A primeira aconteceu de 7 a 9 de abril de 1995, com o tema: O Nascer, Viver e Morrer: repensando a Saúde em Florianópolis. A iniciativa foi do Conselho Municipal de Saúde e contou com a presença de aproximadamente duzentos e trinta pessoas de diferentes segmentos sociais. Foram debatidos temas como: avaliação da realidade de saúde do município, financiamento, controle social e participação popular. No Relatório Final desta Conferência se evidenciou a proposta de “incentivar à formação de Conselhos Locais de Saúde.” (FLORIANÓPOLIS, 1995, p. 19).

⁶ Ainda em fevereiro de 2010, mais de dois anos após a realização desta Plenária o Relatório Final disponível para consulta Pública no site da Secretaria de Estado da Saúde se encontrava em sua versão preliminar. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/5_conferencia_estadual/materiais_conferencia/Confirmadas.pdf. Acessado em 04/02/2010.

⁷ Ao entrar em contato com o Conselho Municipal, para ter acesso aos Relatórios da II, III, IV e V Conferência Municipal, fomos informadas que o material é de difícil acesso, pois, se encontra no arquivo morto e é necessário procurar. O Relatório da I Conferência foi encontrado no arquivo de uma das autoras. O Relatório da VI e das etapas da VII disponível em: www.pmf.sc.gov.br/saude/conselhomunicipal. R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

A 6ª Conferência Municipal de Saúde realizou-se de 25 a 27 de setembro de 2003, contou com a participação de 457 pessoas. O processo de organização da Conferência contou com comissões para realizar as pré-conferências locais e regionais, este processo iniciou em maio e finalizou em setembro de 2003. Com relação ao controle social, algumas proposições foram definidas, como a criação de fóruns de discussão nos Conselhos Locais e Regionais de Saúde, a destinação de recursos financeiros para a assessoria aos Conselhos Locais, incentivo e formação nas comunidades para a criação de Conselhos Locais e por último a constituição de Conselhos Gestores, aglutinando os Conselhos Locais, visando fortalecer o controle social (FLORIANÓPOLIS, 2003).

A 7ª Conferência Municipal de Saúde teve duas etapas, a primeira de 13 a 15 julho de 2006, que se intitulou Em defesa do SUS: um Pacto pela Integralidade e a segunda, como etapa complementar, em 17 de agosto de 2007. A primeira etapa desta Conferência aconteceu num período de mudança na gestão do SUS para os municípios brasileiros, a partir da publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº. 399/GM/2006, que divulga o Pacto pela Saúde, consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. O município de Florianópolis, por meio da 7ª Conferência, etapa de 2006, procurou discutir a implementação do Pacto pela Saúde, mas a adesão formal ao Pacto ocorreu em 20 de julho de 2007. O texto do Relatório desta etapa da Conferência é bastante semelhante ao texto do Pacto.

A etapa complementar da 7ª Conferência Municipal realizada em agosto de 2007 discutiu e elaborou propostas sobre o tema central da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento.

Com relação ao controle social e participação, a 7ª Conferência Municipal propõe no que se refere à responsabilidade do município: apoiar os processos de mobilização social, realizar Conferências Municipais de Saúde, discussões sobre o controle social nos espaços regionais, apoiar o processo de formação de conselheiros de saúde, implementar a ouvidoria municipal e prover condições materiais e físicas para o funcionamento dos Conselhos Locais (FLORIANÓPOLIS, 2007).

3 CONCLUSÕES

A participação social no SUS via os Conselhos Locais de Saúde, pelo que se apresenta nos relatórios das Conferências de Saúde aqui estudados ainda é frágil e

desarticulado. A ênfase nas plenárias quando tratam do controle social se refere aos Conselhos das esferas que possuem caráter deliberativo, mas fica claro que o fortalecimento destes pode sustentar-se nos Conselhos Locais e os demais espaços de participação social.

Notou-se que as proposições das Conferências no âmbito nacional são dispersas no que se refere aos Conselhos Locais. A participação local foi enfatizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ficou praticamente esquecida nos anos de 1990 e voltou a ser proposta nos anos 2000. A 3ª, 4ª e 5ª Conferência Estadual de Santa Catarina deram indicações mais precisas para a criação, capacitação e estrutura de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde.

Das sete Conferências Municipais realizadas em Florianópolis estudou-se os Relatórios de três delas, podendo-se perceber propostas para a criação dos Conselhos Locais, a importância das discussões no âmbito local sobre a política de saúde, além do papel fundamental da comunidade em levantar informações necessárias para o planejamento e implementação da política de saúde no município.

A partir das proposições que estão aparecendo nas Conferências, muitos municípios, especialmente os de médio e grande porte populacional, criaram seus Conselhos Locais de Saúde. Tais Conselhos estão sendo criados e regulamentados nos municípios por meio de Resolução dos Conselhos Municipais de Saúde, como um órgão consultivo e propositivo, a ele vinculados e de composição paritária.

A viabilização e funcionamento dos Conselhos Locais pode ser uma estratégia de fortalecimento da democracia de massa, como uma proposta de política social que defende a cultura do público, da democratização da gestão, do controle social das políticas públicas, do orçamento participativo, da universalização do acesso, da descentralização e do financiamento efetivo. Com este tipo de democracia, pode-se estruturar espaços para socializar a política, pois dado a cultura política elitista e centralizadora, abriu-se um fosso cultural muito grande entre os membros do poder público que planejam e executam as políticas sociais e os seus usuários.

Uma dinâmica de funcionamento efetivo dos Conselhos Locais de Saúde, nos bairros que formam um município tem o potencial de realizar o SUS com a participação popular local, conforme bandeira da Reforma Sanitária. Mas esta participação, para ser o que os autores Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) qualificam de participação ativa, ainda carece

de apoio por parte do Conselho Municipal, das direções das Unidades de Saúde, das entidades que representam os usuários e das universidades.

As capacitações sobre o papel do Conselho Municipal de Saúde e sobre temas estruturantes do SUS (legislação, orçamento, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão e rotinas burocráticas) é uma necessidade nos dias atuais, tanto para os Conselhos Locais, quanto para os Conselhos Municipais. Estas capacitações de atuais conselheiros e pessoas que podem vir a ser conselheiros pode ser assumida pelos gestores e Conselhos Estaduais e Municipais, experiências isoladas existem, assim como contribuições ainda tímidas das universidades públicas.

No contexto atual de crise social, política e econômica há um grande chamamento para dar atenção às necessidades individuais de formação/atualização profissional, lazer, consumo, cuidados com o corpo e organização da vida familiar. Esta hegemonia do pensamento direcionado para as necessidades particulares tem jogado contra todas as referências de organização da vida comunitária baseadas nas necessidades e interesses coletivos. É nesta conjuntura que os Conselhos Locais estão se estruturando.

Os profissionais das unidades de saúde depois de um dia de trabalho não têm disposição para reuniões noturnas dos Conselhos Locais. Os usuários, pessoas que também vêm de um dia de trabalho sentem-se sem disposição para participar da reunião do Conselho Local.

E daí decorre algumas interrogações: na realidade atual, para sustentar os princípios do SUS e os ideários da Reforma Sanitária em torno da participação da população no sistema de saúde, que espaços de participação na vida social e política privilegiar? Quais espaços participativos, hoje, no âmbito do SUS são estruturantes para sua efetivação?

Desta segunda interrogação parece evidente que o espaço estruturante é o Conselho Municipal, pois ele é deliberativo. Mas as experiências têm mostrado que espaço estruturante da política de saúde nem sempre é sinônimo de ser deliberativo.

No caso o Conselho Local de Saúde pode representar a criação de possibilidades inéditas de emergência de novos atores, na esteira do processo mais geral que se desenvolve nas demais esferas. Salienta-se que a participação não é um fenômeno isolado e a intensidade de participação em determinados espaços vai se estabelecer a partir da construção das relações sociais entre os sujeitos. A intensidade da participação social pode ser ampliada ou reduzida

em decorrência de condições propiciadas a nível societal e ainda por razões que se colocam na área da conscientização.

SUS SOCIAL PARTICIPATION: INDICATIONS OF THE CONFERENCES ON THE LOCAL HEALTH COUNCIL

ABSTRACT

The present work aimed to identify which propositions reports of national health conferences: from 8th until 13th, state of Santa Catarina 3rd, 4th and 5th and the by the city of Florianópolis 1st, 6th and 7th in relation to the Local Council. The Local Health Council is the nearest space of participation of the community and is the first where the needs of users can manifest. The expression of the needs of users expressing in Local Council's space, in theory, has the potential to articulate with other levels of participation that are health policy decision-making, where the city Council of health. Social participation in the SUS via Local Health Councils is still fragile, but enhances the emergence of new players, socialize the information from SUS and can strengthen the participatory spaces in this area.

Keywords: Participation social; Health councils; Conferences on health; Health policy.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 out. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 47p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 25 out. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1998, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 102p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 25 out. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 26 out. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 230p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 26 out. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2007, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 81p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em: 26 out. 2008.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 136 p.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org). **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. cap. 6, p. 111-138.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Lei nº 3291, de 1º de setembro de 1989.** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 1989. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal>. Acesso em: 06 nov. 2008.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1995, Florianópolis. **Relatório...** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 1995. p. 1-5.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 6., 2003, Florianópolis. **Relatório...** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal>. Acesso em: 05 nov. 2008.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7., 2007, Florianópolis. **Relatório...** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal>. Acesso em: 05 nov. 2008.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 10, de 18 de março de 2008.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal>. Acesso em: 05 nov. 2008.

GONTIJO, C.C.F. Construindo a participação comunitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Abrasco, 2003. v. 8, p. 1-5.

KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Departamento de PPGSS, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

_____. Os fundamentos da participação popular no Brasil. In: SEMINÁRIO 20 ANOS DA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA: direitos sociais em disputa. Florianópolis: UFSC, 2008. p. 1-9. (não publicado).

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. S. P. et al. (Org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 353-383.

SALVADOR (BA). **Decreto nº 17.465 de 16 de julho de 2007**. Altera o Regimento dos Conselhos Locais de Saúde do Município do Salvador. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. 11 p.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE. 3., 2000, Santa Catarina. **Relatório...** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. 29 p.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE. 4., 2003, Santa Catarina. **Relatório...** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/conferencia/relat%F3rio.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2008.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE. 5., 2007, Santa Catarina. **Relatório...** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. 15 p. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/5_conferencia_estadual/materiais_conferencia/Confirmadas.pdf. Acesso em: 12 dez. 2009.