

A organização e a dinâmica participativa dos segmentos sociais nas Conferências Municipais de Saúde

Organization and active participation of social segments in Municipal Health Conferences

Tânia Regina Krüger*

Ana Paula Lemke**

Daiana Nardino Dias***

Marta de Lourdes de Almeida Nunes****

Jaqueline da Rosa Meggiato*****

Solange Janete Finger*****

Dalila Maria Pedrini*****

Resumo: Este texto descreve e analisa o processo organizativo e a dinâmica participativa dos diferentes segmentos que integraram as Conferências Municipais de Saúde, realizadas nos anos de 2003 e 2007 em nove municípios de Santa Catarina. Para a pesquisa de campo, trabalhou-se com materiais próprios da organização das plenárias, Relatórios Finais das Conferências e a realização de entrevistas gravadas. Considerou-se como processo organizativo a iniciativa de convocar a Conferência, todo o processo de divulgação, a organização da realização da plenária, a elaboração do Relatório Final e a sua divulgação. A dinâmica participativa entre os segmentos foi explorada, sobretudo, a partir das entrevistas, que destacaram a pouca participação dos usuários ou uma participação que revela desconhecimento da política e as interfaces burocráticas.

Palavras-chave: Conferência de saúde. Participação. Política de saúde.

* Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: tania.kruger@ufsc.br

** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social da Previdência Social. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: anaplemke@gmail.com

*** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestranda em Serviço Social (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: daiana.nd@gmail.com

**** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Palhoça, Santa Catarina, Brasil. E-mail: martalan.nunes@gmail.com

***** Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jaque-line.meggiato@gmail.com

***** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social do Instituto Federal de Educação de Santa Catarina (IFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: solangefinger@gmail.com

***** Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dalilapedrini@hotmail.com

Abstract: This text describes and analyzes the organizational process and the active participation of the different segments that integrated the Municipal Health Conferences that took place in 2003 and 2007 in nine cities in the state of Santa Catarina. The field research included the study of the material used for the organization of the plenary sessions, conferences final reports and recorded interviews. The following activities were considered part of the organizational process: the initiative of calling the conference, the advertisement process, the organization of the plenary event, the elaboration of the final report and its publication. The active participation and the dynamics of the segments were explored, especially the interviews that pointed out the little participation of the users and also the form of participation that reveals a lack of knowledge concerning health politics and its bureaucratic constraints.

Keywords: Health conference. Participation. Health Policy.

Recebido em: 31/10/2010. Aceito em: 20/03/2012.

Introdução

O objetivo deste texto é apresentar o processo organizativo e a dinâmica participativa dos diferentes segmentos que integraram as Conferências Municipais de Saúde, realizadas nos anos de 2003 e 2007 em nove municípios de Santa Catarina. O texto ora apresentado é parte do Relatório Final de Pesquisa intitulado *Estudos avaliativos de Conferências de Saúde: a inclusão das suas proposições na agenda das políticas de saúde*.¹ Os nove municípios foram escolhidos intencionalmente considerando-se os seguintes critérios: diferentes regiões do Estado, porte populacional, tradição da participação popular, grau de urbanização e terem realizado a Conferência de Saúde nos anos de 2003 e 2007. A participação da capital dos estados na pesquisa foi também um critério geral do projeto nacional. Assim, para a pesquisa, os seguintes municípios foram definidos: Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville, Major Gercino, Maravilha, Rio do Sul e São Joaquim. Nos municípios, a proposta da pesquisa encontrou boa

receptividade e contou com o apoio de membros da gestão e do Conselho para a localização dos documentos, mapeamento dos entrevistados e agendamento das entrevistas.

Para reconhecer o processo organizativo e a dinâmica participativa dos diferentes segmentos nas Conferências Municipais de Saúde realizou-se uma pesquisa descritiva e exploratória. Esta foi elaborada com base nos documentos do processo organizativo das Conferências Municipais, nos Relatórios Finais das plenárias e no conteúdo das entrevistas. Durante o processo de investigação, foram realizadas 80 entrevistas gravadas nas nove cidades, com delegados das Conferências dos anos de 2003 e 2007. Nestas, contemplou-se a diversidade de segmentos que ocupam os espaços de controle social na saúde: os trabalhadores da saúde representaram 17,5% dos entrevistados; os usuários, 33,7%; gestores, 27,5%; prestadores, 11,2%, e secretaria executiva do Conselho, 10%, sendo as entrevistas a principal fonte de coleta dos dados empíricos para este artigo.

Entende-se que os resultados desta pesquisa, que explicita o processo organizativo em termos de divulgação, construção do programa, debate na própria Conferência entre os segmentos, elaboração e divulgação do relatório final, poderão subsidiar gestores, conselheiros de saúde e organizadores de Conferências quanto ao reconhecimento da sua função sociopolítica

¹ Esta é uma investigação multicêntrica realizada em nove estados brasileiros, por meio da parceria entre universidades públicas e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (MS). Em Santa Catarina, o projeto se vinculou ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC (CEP/UFSC). Projeto aprovado com o Parecer Consubstanciado nº 138/2008, em 25/08/2008.

e ampliar o conhecimento teórico-prático quanto ao seu processo organizativo, no sentido de que venham a contemplar o seu papel avaliativo e propositivo na política de saúde na esfera correspondente, e, também, fortalecer a gestão participativa.

O significado das Conferências de Saúde

Os instrumentos para a efetivação da diretriz constitucional de participação da comunidade se formalizaram nas Conferências e nos Conselhos² pela Lei nº 8142/90. Foram concebidos e reivindicados pelo Movimento da Reforma Sanitária para serem um novo *locus* no exercício do poder político, para interferirem na gestão das políticas públicas e por possuírem os componentes para a construção de uma cultura política democrática e participativa. No debate predominante, Conferências e Conselhos ora são considerados momentos privilegiados de participação (através das avaliações, proposições, deliberações e fiscalização), em que os interesses se conflitam, e ora são vistos como espaços para harmonizar e garantir o consenso entre os diferentes interesses ali manifestos. Esses espaços estão sendo considerados como um novo *locus* no exercício do poder político, em face da possibilidade de interferência na gestão das políticas públicas e por deterem elementos para a construção de uma cultura política democrática e participativa. Predomina, na produção teórica e na prática política, o discurso de que a realização periódica de Conferências e de reuniões dos Conselhos no âmbito dos municípios, estados e União significa o cumprimento de um requisito para a descentralização e constitui-se em instrumento privilegiado para que a partici-

pação da sociedade altere seu estatuto junto às esferas do poder público.

Conferências e Conselhos são colegiados contraditórios e tensos, permeados por diferentes interesses sociais. Em algumas situações é possível haver pactuações temporárias e direcionadas para algum objetivo, mas o consenso com essa composição é difícil de ser visualizado, caso algum dos segmentos não se coloque em posição subordinada ou silenciosa.

Sem entrar nesse mérito, é fato que os Conselhos de Saúde ganharam densidade política e institucional nos últimos 22 anos e estão retratados na vasta bibliografia que se produziu sobre eles nesse período.³ As Conferências, por sua vez, talvez por não terem a obrigatoriedade das reuniões mensais, não serem deliberativas e não estarem no organograma do executivo, praticamente não são citadas na literatura, que trata de avaliar e analisar a implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade. Por sua vez, os Conselhos têm o papel formal de zelar e trabalhar para que as proposições das Conferências sejam implementadas.

Na perspectiva deste trabalho, os espaços das Conferências e dos Conselhos, mesmo que formalmente delimitados (institucionalizados), estão possibilitando que muitos representantes da sociedade e muitos servidores públicos adentrem às autoritárias fronteiras que marcam a história da administração pública brasileira,

² A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, apresenta as seguintes caracterizações de Conferência e Conselho: A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. O **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

³ Algumas bibliografias sobre Conselhos na área da saúde: Carvalho, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro, Fase/Ibam, 1995. Westphal, M. F. "Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização?" *Revista saúde em debate*. Londrina-PR: Cebes, nº 47, jun. 1995. Simionatto, I. e Nogueira, V. A ampliação das políticas públicas de corte sócio-assistencial: o papel dos sujeitos coletivos. *Relatório de Pesquisa*. Florianópolis-SC, 1997. Depto. de Serviço Social/UFSC (não publicado). Raichelis, R. "Assistência Social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social". Em: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 56, 1998. Bravo, M. I. e Pereira, A. P. (Orgs.) *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2001. Pedrini, D., Adams, T. e Silva, V. R. (Orgs.) *Controle social de políticas públicas*. São Paulo-SP, 2007. Bravo, M. I. "Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos". Em: *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2001, p.43-62. Carvalho, G. *Defender conselho de saúde e comissões de gestores é praticar democracia ilusória, com concessão de migalhas?* Fevereiro, 2003, (mimeo.). Escorel, S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura Política. Em: *Divulgação em saúde para Debate*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008, p.23-8. Fleury, S. e Lobato, L. V. C. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

apresentem suas necessidades de saúde e façam proposições sobre as políticas públicas. Além disso, constituem-se como oportunidade de socialização da política e de construção de outra hegemonia articulada pelos princípios da democracia. Mesmo que, de fato, essas instâncias, após 22 anos de existência, não tenham conseguido mudança de paradigma no conteúdo e na forma das políticas governamentais, estão introduzindo novas configurações no âmbito público-estatal e, num nível restrito, estão possibilitando a socialização de informações sobre projetos, serviços e financiamento.

Esse alargamento das fronteiras da administração pública, após a regulamentação de Conselhos e Conferências, tendo que submeter seus projetos e ações à apreciação do Conselho, tem sido visto pelos burocratas da gestão como uma situação incômoda, pois normalmente usuários e trabalhadores do SUS não possuem o domínio da linguagem legal e burocrática, desconhecem os critérios, prazos, percentuais de financiamento e os termos em que se efetivam editais, licitações e contratualizações do setor privado e filantrópico. Em meio a essa dinâmica legal e burocrática na qual se efetiva a gestão da política de saúde, os usuários e trabalhadores do sistema apresentam suas necessidades de saúde de forma *desorganizada*, reclamam por mais e melhores serviços e questionam as prioridades do executivo. Nesta conjuntura, fazer uma gestão democrática na área da saúde não é um processo linear e simples, por isso afirmamos antes que Conferências e Conselhos são colegiados contraditórios e tensos, mas também podem ter uma aparência de harmonia, porque as relações desiguais de saber e poder que os constituem não se explicitam. Muitas vezes, representantes de segmentos que não possuem o domínio da linguagem formal da gestão podem ser constrangidos ou silenciados por ela, dando, por consequência, uma aparência de colegiado harmônico.

Fazer uma gestão democrática pressupõe, da parte do gestor, entender o significado coletivo e público dessas necessidades de saúde que se apresentam individualmente e *desorganizadas*. Cabe também aos representantes de usuários e trabalhadores qualificarem-se para tal participação no sentido de compreenderem elementos legais e burocráticos da gestão, mas, sobretudo, de se estruturarem para, como representantes de segmentos sociais locais, apresentar proposições de serviços que atendam às necessidades de saúde de forma coletiva. Assim, entendemos que as Conferências cumprem um papel pedagógico de educação política, pois são um espaço estratégico para a socialização do debate do SUS, e é nelas que se pode qualificar ou formar novos conselheiros. As Conferências, através de seus debates e proposições, permitem tencionar a gestão e o Conselho, apresentando as contradições entre a dinâmica dos serviços de saúde, o financiamento, os indicadores epidemiológicos e as necessidades cotidianas dos usuários.

Organização e dinâmica das Conferências Municipais de Saúde

Antes de tratar propriamente das Conferências pesquisadas, apresentamos brevemente a localização regional e os dados demográficos dos municípios em que as Conferências de Saúde foram pesquisadas, bem como alguns elementos sobre a dinâmica do controle social nessas cidades.

Tabela 1 – Caracterização dos municípios por população estimada em 2009, densidade demográfica, IDH, distância da capital do Estado em km, região de localização em Santa Catarina e percentual de população urbana

Município	População estimada em 2009	Densidade demográfica*	IDH em 2000	Distância da capital em km	Região de localização	*** % Pop. urbana - 2000
Chapecó	174.187	279,0	0,848	630	Oeste	91,6
Criciúma	188.557	800,2	0,822	202	Sul	89,8
Florianópolis	408.161	941,9	0,875	-	GranFpolis	97,1
Joaçaba	25.322	105,1	0,866	414	Meio Oeste	90,1
Joinville	497.331	439,8	0,857	180	Norte	96,6
Major Gercino	2.869	10,0	0,799	97	GranFpolis	31,1
Maravilha	23.099	112,3	0,817	659	Oeste	76,9
Rio do Sul	59.962	217,0	0,827	188	Alto Vale	93,8
São Joaquim	25.122	12,3	0,766	235	Serrana	70,7
População nos nove municípios	1.404.610	-	-	-	-	-
**Total no Estado	6.118.743	64,17	0,807	-	-	78,8

Fonte: IBGE – Cidades. População estimada em 2009. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 08 de mar. de 2010.

* <http://www.ibge.gov.br>. Elaboração própria.

**Santa Catarina. Secretaria do Estado do Planejamento. IDH. Disponível em <http://www.spg.sc.gov.br/dados_munic.php#idh>. Acesso em 08 de mar. de 2010. Elaboração: equipe de pesquisadoras.

***<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Elaboração da equipe de pesquisadoras.

Em relação à dinâmica e à estrutura do Conselho de Saúde, foi identificado que elege o presidente sete das nove cidades pesquisadas e pelo menos cinco não possuem infraestrutura própria e adequada para o seu funcionamento. Em sete dessas cidades obtivemos a informação de que o Conselho tem à sua disposição secretaria executiva, mas conseguimos identificar na pesquisa de campo e nos contatos que, em pelo menos três, esta não é uma secretaria exclusiva. Os Conselhos Locais existem em cinco dos municípios, mas não foi possível precisar sua quantidade, pois possuem um funcionamento irregular, ressurgindo e ficando desativados com muita frequência. As pré-Conferências não acontecem em todas as cidades, e este não parece ser um processo sistematizado e organizado para preparar o debate da etapa municipal.

Todas as nove cidades pesquisadas realizaram as Conferências Municipais de Saúde nos anos de 2003 e 2007.⁴ Florianópolis e Chapecó

têm prevista no seu regimento a organização de Conferências bianuais, mas esta regularidade não vem sendo respeitada nessas cidades, porém, é respeitada em Joinville. A maioria dos municípios começou a realizar suas Conferências Municipais a partir da segunda metade dos anos 1990, no auge do processo de municipalização da saúde, mas Joaçaba e Major Gercino começaram nos anos 2000.

Gráfico 1 – Número de conferências realizadas até 2007 nos municípios da pesquisa em Santa Catarina

Fonte: Relatórios da Pesquisa *Estudos avaliativos de conferências de saúde*: a inclusão das proposições na agenda das políticas de saúde nos municípios de Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville, Major Gercino, Maravilha, Rio do Sul e São Joaquim, 2009.

⁴ Na etapa de 2003, Joaçaba e Major Gercino participaram de plenárias microrregionais, mas em Joaçaba o Relatório não foi localizado. Em Joinville e São Joaquim, as Conferências são bianuais. Da Conferência de São Joaquim de 2005 não se localizou qualquer documentação, só tivemos informações verbais sobre sua realização.

Sobre o processo organizativo e a realização das Conferências, os seus Relatórios Finais pouco o caracterizam. Os documentos se restringem a apresentar o programa da Conferência e as proposições aprovadas. Por isso, as informações sobre esse processo foram levantadas por meio das entrevistas e da observação da pesquisa de campo. Nos municípios pesquisados, a convocação partiu do gestor em parceria e com o apoio do Conselho Municipal de Saúde. Nas cidades menores e que realizaram menor número de Conferências, a iniciativa do gestor e do Conselho foi motivada por documento recebido do Conselho Estadual de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, que normalmente chega às cidades por intermédio das Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR. A partir da fala de um entrevistado de Maravilha, ilustramos o processo organizativo nas cidades pesquisadas:

Na organização em si, foi mais o segmento governamental, o próprio município, que puxou a frente; a questão da participação dos usuários é muito pequena, a não ser para quem já esteja diretamente ligado ao Conselho de Saúde (Entrevistada 7).

Diferencia-se aqui Joinville, pelas suas iniciativas das Conferências Municipais bianuais, e Chapecó, que no período anterior a 2003 organizou suas plenárias com temáticas escolhidas no município. São Joaquim, com as Conferências bianuais, pelo que identificamos, não elaborou documento-base nem temática própria.

A organização do programa da Conferência, a definição de convidados e seus temas, a própria dinâmica interna da plenária na condução dos debates e do trabalho de grupo, e a aprovação do regimento interno não foram reveladas pelos entrevistados como algo que tenha sido pauta de deliberação do Conselho, e gerou polêmica. Essas tarefas parecem ser conduzidas por poucas pessoas que, dependendo do local ou da época, são da Secretaria de Saúde, da secretaria executiva ou da presidência do Conselho. Normalmente na programação as plenárias realizam uma análise de conjuntura com aspectos gerais ou de algum programa do Sistema Único de Saúde – SUS, mas, efetivamente, ao avaliarmos a situação de saúde do presente e do período entre uma Conferência e outra, não observamos

nada. Além de fazer proposições para o período seguinte, a Conferência tem também o papel de realizar avaliações do período anterior, conforme orienta a Lei nº 8.142, de 1990.

O processo de divulgação da Conferência foi bastante diferenciado – algumas cidades se utilizaram de vários meios, e outras ficaram mais restritas à carta-convite. Também a divulgação aconteceu de forma diferenciada nas duas Conferências investigadas na mesma cidade, sendo ora mais intensa e ora mais restrita. A divulgação prévia da plenária não é referenciada nos Relatórios Finais ou em outros documentos, entretanto, os entrevistados, de maneira geral, possuem avaliações bastante semelhantes desse momento, e indicam que esta é uma etapa à qual é dada pouca atenção e a cuja organização se dedica pouco tempo. A divulgação “fica mais para os profissionais de saúde, para a área que a Prefeitura quer divulgar; os usuários propriamente ditos, os bairros, não são chamados, então a divulgação é bem ruim” (Entrevistado 1, Criciúma). Na opinião da Prestadora 2, da mesma cidade, a parte negativa corresponde à convocação de funcionários municipais para haver maioria. Segundo a Secretaria Executiva do CMS/Criciúma, a divulgação é feita por meio de convites (mala direta) nas escolas, nos sindicatos, Conselhos Locais de Saúde (CLSs), Unidades de Saúde e imprensa.

Em Florianópolis, o Entrevistado 1 também aponta as questões financeiras como limitadoras da divulgação prévia da Conferência, e o Entrevistado 6 relata ser um problema: “porque na comissão organizadora a gente pautava a divulgação na mídia, tanto escrita como falada, e havia sempre aquela resistência intransponível. Aí, tinha que cair na onda do cartaz, e você mesmo, sendo conselheiro, brigar para ter um carro para sair e colar cartazes nos postos de saúde...”. Já para o Entrevistado 3, a divulgação foi considerada positiva porque gerou grande participação. “Teve até divulgação pela televisão.” Da mesma forma, o Entrevistado 5 ressaltou: “a partir de 2003, as Conferências municipais passaram a ter uma organização muito boa, com recursos próprios, divulgação em mídias e apoio de agências de publicidade nos materiais informativos, lugares adequados para as plenárias, com estrutura de informática e outros recursos”.

Os depoimentos revelam que não existe uma rotina sobre a divulgação das plenárias nos municípios como um mecanismo que explique o seu significado e motive a participação dos diferentes segmentos. Por falta da construção dessa rotina no âmbito da Secretaria e do Conselho de Saúde, os entrevistados fizeram comentários bem diversos e a partir das impressões pessoais do processo. Os Conselhos Locais e as pré-Conferências não foram identificados por estes como espaços de divulgação e de preparação para as plenárias municipais.

Sobre a participação dos delegados nas plenárias, em geral, os entrevistados mencionaram haver conflitos entre os interesses dos segmentos e desconhecimento por parte dos usuários sobre o papel da Conferência. Os depoimentos em Florianópolis foram divergentes; o Entrevistado 9 relata que “o grande problema é que a parte de usuários tem uma carência muito grande, eles não participam, eles não se envolvem”. O Entrevistado 7 também relata que: “da sociedade, não vejo muita participação. O pessoal que participa geralmente são aqueles segmentos já engajados na saúde [...] Talvez tivesse que mudar um pouco isso, a divulgação, a chamada, para não ficar só vinculada aos segmentos que já participam; não que seja ruim, porque sempre tem coisas importantes para trazer, mas que se aproveitasse a Conferência para que outras entidades que não estão rotineiramente ligadas à saúde pudessem participar também”. Já para o Entrevistado 4: “os profissionais de saúde são bem organizados, eles sabem avaliar claramente os programas, o que querem [...]. Os prestadores de serviço são ausentes, eles estão preocupados é com a tabela, estão preocupados é com a remuneração, não estão preocupados com os rumos da saúde. Agora, os usuários e os funcionários da saúde sabem o que querem”.

Os depoimentos dos entrevistados na maioria dos municípios indicam que a presença significativa dos usuários nas plenárias das Conferências gera resistência de representantes dos demais segmentos. Já a fala da entrevistada a seguir, expressa que quando a quantidade de usuários participantes aumenta, há certa dispersão do objetivo da Conferência, por estes não terem muita clareza do significado de uma Conferência Municipal de Saúde, por não conhecerem as legislações que envolvem a política do SUS e, dessa forma, acabarem se distanciando do

real propósito do evento, levantando discussões mais individualizadas e que, por vezes, não estão relacionadas com a política de saúde.

Muita gente vai para a Conferência com uma perspectiva de aprender, eu acho que a Conferência não é um espaço para aprendizagem. Ela é um processo educativo e tal, mas de proposição; então, quem chega a uma Conferência já tem que ter um domínio: pra que serve, como que se estrutura o SUS. Então, a gente acaba ficando bastante tempo discutindo uma proposta, quando na verdade não cabia dentro do contexto do SUS, porque era uma coisa muito particular, muito individual. O importante é que isso reflete um pouco o que as pessoas, principalmente os usuários, estão esperando, isso serve como um diagnóstico também (Entrevistada 6, Chapecó).

Na mesma direção, o Entrevistado 1, de Criciúma, expressa “que muitos indicados não conhecem a estrutura da saúde e, às vezes, falam coisas que não têm nada a ver; é difícil se fazer entender ao leigo numa discussão de saúde, então entendo que deveria ser exigido um perfil mínimo para se candidatar”.

O Entrevistado 2 destacou que Joinville tem uma característica de ter muitas instituições de usuários. Ele expôs que são sempre os mesmos presidentes, as mesmas pessoas participando dos eventos. O Entrevistado 3 fez uma crítica quanto à ausência dos profissionais médicos na Conferência; a Entrevistada 5 também citou que falta participação do segmento dos profissionais e do setor privado. Em Rio do Sul, o depoimento segue na mesma direção, mas o membro da comissão organizadora faz uma forte defesa da gestão:

[...] existe a falta de interesse da população, então quem vai, quem está indo nessas Conferências, são os funcionários [...] não tem essa participação da massa, da comunidade, isso seria muito importante, o usuário, que poderia estar contribuindo, poderia estar sugerindo (Entrevistado 1, Rio do Sul).

Quem leva a sério as Conferências, geralmente, é a instituição, a Secretaria de Saúde; as outras instituições vão lá pra fazer a média delas, não digo por interesse, mas porque elas precisam estar lá; não porque gostam delas, não digo por interesse, mas porque gostam daquilo que fazem, gostam de fazer essa participação (Entrevistado 6, Rio do Sul).

Para o Entrevistado 1, de Joaçaba, além de pouca, a qualidade da participação também está muito aquém da desejada:

As pessoas não participam dessas Conferências, a comunidade participa pouco. Sempre tem os diferentes segmentos, só que a qualidade do debate não é das melhores; é pequena a qualidade das discussões. A gente percebe que quando as pessoas estão discutindo alguma proposta são sempre dois ou três que expõem as ideias, e a maioria está presente, mas não está lá realmente, no debate do grupo; a maioria do grupo está lá como espectador. Você pode ter a representatividade das entidades, mas na verdade elas não estão participando, não emitem uma opinião sobre o assunto, muitas vezes devido à falta de conhecimento sobre o assunto.

Estas falas que enfatizam especialmente os problemas com a participação dos usuários oferecem possibilidade de indagações significativas. Elas expressam o senso comum recorrente da não participação cidadã e parecem desconhecer a história de dominação do povo brasileiro, que leva até os nossos dias, o comportamento de subalternidade, passividade e silenciamento. A relação entre Estado e sociedade civil está marcada pelo autoritarismo e pela centralização do poder público nos diferentes momentos dos nossos quinhentos anos de história. Ou seja, o que se observa na nossa cultura política são mudanças dentro da continuidade e combinação de velhos e novos atores, mesmo em períodos de transição e de democracia formal. Particularmente no caso de Santa Catarina, as relações comunitárias e associativas estão assentadas em fundamentos religiosos (das Igrejas Católica, Luterana e, mais recentemente, na Assembleia de Deus e Universal) e de relações trabalhistas, que separam muito bem o papel do empregador e do empregado. Portanto, não são relações que possuem por princípio a socialização da riqueza socialmente produzida, e as decisões sobre os serviços públicos devem ser tomadas em espaços participativos.

Em face desta herança e do pequeno tempo de instituição das Conferências e dos Conselhos, e também do estilo formal e acadêmico que geralmente marca essas instâncias, é compreensível a inexpressiva participação popular nas mesmas. Do mesmo modo, a relativa

falta de clareza em relação ao objetivo da plenária por parte dos usuários pode ser explicada pela sua quase nula experiência em participar de espaços que decidem sobre as políticas que lhes são oferecidas, assim como pela falta de conhecimento dos trâmites burocráticos da gestão de tais políticas. Entretanto, não basta conhecer e compreender estas questões históricas e os trâmites burocráticos. A reversão desse quadro pede pretensões de construir bases sociopolíticas mais democráticas e o comprometimento tanto dos gestores como da sociedade civil no sentido de implementar as políticas sociais conforme os parâmetros constitucionais com base na democracia participativa.

Nesta conjuntura dos anos 2000, cabe a pergunta: o que tem sido feito nos aspectos de divulgação e capacitação, nos municípios, para superar o denunciado *desinteresse na participação*?

A participação de usuários e trabalhadores que qualifique os debates das Conferências de Saúde não pode ser entendida como se fosse algo automático e não requeresse processos educativos. É sabido que quando as pessoas se importam e reivindicam o atendimento de suas necessidades, também podem ser potencialmente sensíveis à participação social, se forem esclarecidas e motivadas a se envolverem nas instâncias de controle social. As experiências de movimentos sociais e mesmo de Conselhos e Conferências têm evidenciado que quando esta participação é consciente e quando há conhecimento dos temas da pauta, daí resulta a disputa de espaços, negociação de propostas e o desejo de fazer a representação, havendo o interesse dos participantes em serem indicados como delegados para serem representantes dos seus segmentos. E delegados comprometidos com políticas sociais redistributivas buscam que as propostas sejam aceitas e realizadas com base no reconhecimento do direito à saúde e das necessidades de saúde dos cidadãos. Os espaços das Conferências e dos Conselhos são, em nosso ver, espaços de educação política nos quais os usuários e trabalhadores estão se aproximando dos temas (planejamento, burocracias, editais, orçamento/financiamento, decisões sobre despesas de capital e custeio, forma de definição das prioridades, indicadores de saúde e doenças, entre outros) que envolvem as de-

ciões do poder público. Ainda que haja muitas dificuldades para se discutir qualquer tema das Conferências em termos técnico-burocráticos, esta pode ser uma experiência incipiente de socialização da política e especialmente para os gestores reconhecerem as necessidades de saúde de seus usuários.

As falas dos entrevistados ainda evidenciam que os elementos tradicionais da nossa cultura política se reproduzem nessas instâncias, que são novas, pois em muitas cidades normalmente se repetem as mesmas pessoas e as mesmas entidades nas Conferências e nos Conselhos. Ousamos dizer que isto é uma reprodução, em âmbito local, do que tem acontecido no Legislativo e no Executivo brasileiros, pois a renovação de representantes nem sempre é expressiva, mesmo em períodos de democracia.

Os Relatórios Finais das Conferências nesses municípios são bastante diferenciados em termos de construção e apresentação, variando de duas a até 50 páginas, e o número de proposições, de cinco a quase 500; normalmente são impressos de maneira simples e fotocopiados e, por vezes, não se encontram arquivados formalmente nas Secretarias de Saúde e nos Conselhos. Mas esses documentos dos nove municípios possuem em comum o fato de não descreverem o processo organizativo da Conferência (forma de divulgação, definição dos temas, elaboração do documento-base, realização de pré-conferências, recursos gastos, identificação dos delegados e observadores por segmentos, trabalhos de grupos, entre outros). Os Relatórios mais completos apresentam a comissão organizadora, a programação da Conferência/palestrantes, as proposições e moções. Em um dos Relatórios de Florianópolis e em outro de Rio do Sul, as proposições aprovadas nas Pré-Conferências faziam parte do corpo do documento. A partir da realização da plenária, pareceu-nos na pesquisa que os Relatórios são organizados para cumprir mais uma formalidade burocrática da Secretaria ou do Conselho de Saúde, e não como um documento que pode ser representativo de uma plenária municipal de saúde organizada na lógica da democracia participativa. Os entrevistados de Criciúma e Joinville ilustram essa finalidade burocrática da elaboração dos Relatórios Finais, pois dizem que “são construídos pela Comissão Organizadora e

enviados para a SES para dar prosseguimento às etapas estadual e nacional da Conferência”.

A divulgação do Relatório Final, em geral, é bastante reduzida ou quase nula. No entanto, os gestores responderam a esta questão com alguma cautela e afirmando que fazem divulgação. Encontram-se no *site* da Secretaria Municipal de Saúde – SMS – os Relatórios das Conferências de Florianópolis a partir de 2003, e no *site* da SMS de Joinville o Relatório das Conferências a partir de 2007.⁵ Em Criciúma, a maioria dos entrevistados respondeu que a divulgação do material é feita somente entre os conselheiros. Os Prestadores afirmaram que até o momento da concessão da entrevista à pesquisa não haviam recebido o documento. De acordo com a Gestora 3 da mesma cidade, houve a divulgação de algumas propostas, mas na íntegra não há publicação. Em Joinville, apesar das divergências dos entrevistados, pudemos observar que os Relatórios saíram impressos no jornal do município e que este é o seu maior meio de divulgação. O Entrevistado 2 expôs que o documento de 2007 foi disponibilizado apenas no *site* da SMS:

não foram disponibilizadas cópias do Relatório Final porque a SMS alegou que não havia condições de imprimir tantas cópias. Eu briguei dentro da Comissão, mas fui voto vencido pela representação do governo.

No município de Rio do Sul, dois entrevistados expuseram que o Relatório Final foi divulgado dentro do Conselho e que não têm conhecimento sobre se esse documento foi divulgado para outros segmentos. Outros entrevistados expuseram que a divulgação do referido documento se deu através das devolutivas da Conferência Municipal, nos meses de junho e julho de 2008, em que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho retornaram às comunidades apresentando os resultados já alcançados e os encaminhamentos das propostas da última Conferência. Foram mobilizadas diversas secretarias para prestar contas do que estava sendo feito e dos encaminhamentos que estavam sendo dados às reivindicações de cada bairro: “a gente fez o retorno para todos os locais falando do re-

⁵ O Relatório da Conferência realizada no primeiro semestre de 2009 também está no *site*, mas não foi contemplado por esta pesquisa.

sultado da nossa Conferência, do levantamento das propostas, e até construindo outras coisas a partir daí” (Entrevistado 6).

Para o Entrevistado 6, de Chapecó, a divulgação dos Relatórios Finais é imprescindível para que os encaminhamentos das Conferências sejam monitorados pelos diversos segmentos representativos e participantes da sociedade civil. Os Relatórios poderão ser um guia para a direção da política de saúde no município, sendo utilizados pelos técnicos, gestores, Conselho Municipal e conselhos locais.

Considerações finais

O que se observou no processo de pesquisa é que as Conferências se revelam como um processo recheado pelas particularidades da cultura política local, mas também sofrem influências do perfil político dos gestores que estão à frente do Executivo em cada período. Muitos aspectos são semelhantes entre os municípios, e poderíamos aqui arriscar outras generalizações sobre o processo organizativo, a dinâmica interna da plenária e a função do Relatório Final, mas entendemos ser importante refletir sobre o sentido de institucionalização desse processo.

Formalmente, as Conferências estão institucionalizadas, mas seu processo organizativo ainda não se revelou uma rotina na dinâmica do controle social nos municípios ou, pelo menos, na maioria deles. Talvez, em Joinville a institucionalização do controle social esteja acontecendo de fato, pois perpassa as plenárias colegiadas da saúde. O desencadeamento das Conferências, na maioria dos casos, segue uma agenda de motivação e orientações do Conselho Nacional e Estadual de Saúde. Em nível local, parece ocorrer como um processo improvisado que algumas pessoas assumem como uma função temporária e burocrática. Mas organizar plenárias de modo que todos os participantes possam ser reconhecidos e respeitados pelas particularidades das condições que envolvem o segmento que representam ainda parece ser um dos maiores desafios. Em outros termos, desejar igualdade de condições técnicas não parece viável como critério para ser delegado de Conferência; por exemplo, um representante de portador de patologia ou de associação de moradores não precisa, necessariamente, ser um conhecedor

do conjunto da burocracia que envolve a gestão para poder, numa Conferência, expressar as necessidades de saúde de seu segmento e da sua localidade.

Por isso, voltamos a insistir no papel pedagógico desses colegiados, que pode ser complementado pela solidariedade entre segmentos que reivindicam necessidades comuns e que também possuem em seu horizonte a concretização dos princípios e atribuições do SUS, previstos na Lei nº 8.080/90. A divulgação dos Relatórios Finais das Conferências, aliada às metas do Plano Quadrienal de Saúde e ao Relatório Anual de Gestão da Saúde, também são elementos que instrumentalizam os segmentos sociais a se qualificarem para participar desses espaços.

Em síntese, ao estudar o processo organizativo das Conferências de 2003 e 2007 verificou-se, de maneira geral, que:

- a) a iniciativa de convocar as Conferências partiu do CMS, com o apoio da SMS;
- b) quanto à divulgação dos encontros, os entrevistados, em sua maioria, relataram que o processo é frágil. Alguns falaram da pouca participação dos usuários do SUS local nos encontros;
- c) a Agenda Local das Conferências é fortemente influenciada pela Agenda Nacional, inclusive com a utilização do mesmo temário. Ressalta-se que a utilização da Agenda da Conferência Nacional, através de seu documento-base, pode revelar uma sintonia com o debate nacional, mas também pode ser um indicativo de fragilidade do controle social municipal pela não observação das particularidades e necessidades de saúde existentes no município. Caso não haja um diagnóstico de saúde municipal consistente, a Conferência de Saúde não espelhará a cultura, as ambições, as dificuldades e a estrutura do setor de saúde da cidade, perdendo tanto em amplitude quanto em qualidade do encontro;
- d) as pré-conferências são pouco realizadas nos municípios. O movimento ascendente de se levantar os problemas de saúde a partir de pré-conferências nos bairros é uma das recomendações deixadas por esse estudo. Acredita-se que além de

contribuírem para o fortalecimento do SUS e a democratização da política, as pré-conferências abrangeriam, de forma mais intensa, os interesses das associações de moradores, da classe trabalhadora, do sujeito que é afetado diretamente pelo bom ou mau funcionamento do Sistema, o que, de certa forma, pode ficar em segundo plano nos debates da Conferência Municipal, tendo em vista o pouco tempo para discussão, os interesses em jogo, a falta de representatividade etc.;

- e) no que se refere à divulgação dos Relatórios Finais das Conferências, a maioria absoluta dos entrevistados afirmou que não é feita a divulgação externa. Ressalte-se a importância da publicização das informações advindas das Conferências e dos Conselhos para subsidiar a formação da opinião pública no sentido de que possa participar das Conferências fazendo avaliações e proposições que dizem respeito às necessidades de saúde do seu município.

Referências

- BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- _____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.
- _____. **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm. Acesso em 02 abr 2008.
- BRAVO, M. I. "Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos." In: **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001, p.43-62.
- CHAPECÓ, **Relatório Final da Conferência de 2003**.
- _____. **Relatório Final da Conferência de 2007**.
- CRICIÚMA. **Relatório Final da Conferência de 2003**.
- _____. **Relatório Final da Conferência de 2007**.
- FLORIANÓPOLIS. **Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde**, 2003. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal/. Acesso em 03 nov 2008.
- _____. **Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde**, 2007b. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal/. Acesso em 03 nov 2008.
- IBGE. Estimativas – Contagem da População 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007/layoutTCU14112007.xls>
- JOAÇABA. **II Conferência Municipal de Saúde de Joaçaba**. Relatório Final, 2007.
- JOINVILLE. **Relatório Final da Conferência de 2002**. Conselho Municipal de Saúde, 2002a.
- _____. **Relatório Final da Conferência de 2005**. Conselho Municipal de Saúde, 2005a.
- _____. **Relatório Final da Conferência de 2007**. Conselho Municipal de Saúde, 2007a.
- KRUGER, Tânia Regina. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. In: **Emancipação**. Ponta Grossa: UEPG, 2008, p.75-90.
- _____. **Os fundamentos ideopolíticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Recife: PGSS/CCS/UFPE. Tese de doutorado, 2005.
- MAJOR GERCINO. **Relatório da I Conferência Municipal de Saúde**, 2003.
- _____. **Relatório da V Conferência Municipal de Saúde**, 2007.
- MARAVILHA. **Relatório da Conferência Municipal de Saúde de 2003**. Secretaria Municipal de Saúde de Maravilha. Prefeitura Municipal de Maravilha (mimeo.).
- _____. **Relatório da Conferência Municipal de Saúde de 2007**. Secretaria Municipal de Saúde de Maravilha. Prefeitura Municipal de Maravilha (mimeo.).
- PEDRINI, D.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. (Orgs.) **Controle social de políticas públicas**. São Paulo: Paulus, 2007.

RIO DO SUL. **Relatório Final da Conferência de 2003**. Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

_____. **Relatório Final da Conferência de 2007**. Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

SÃO JOAQUIM. **Relatório Final da Conferência Municipal de 2003**. Prefeitura Municipal de São Joaquim. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde, 2003a.

_____. **Relatório Final da Conferência de 2007**. Prefeitura Municipal de São Joaquim. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde, 2007a.