

Participação
Social &
Políticas
Públicas

**QUANDO A CONFERÊNCIA
DE SAÚDE ENSINA PARA
O TRABALHO E PARA A VIDA:
NARRATIVAS DOS ESTUDANTES SOBRE A
16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Alcindo Antônio Ferla
Francisca Rêgo Oliveira Araújo
Francisca Valda da Silva
Gabriel Calazans Baptista

editora

redeunida

**Participação
Social &
Políticas
Públicas**

**QUANDO A CONFERÊNCIA
DE SAÚDE ENSINA PARA
O TRABALHO E PARA A VIDA:
NARRATIVAS DOS ESTUDANTES SOBRE A
16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

**Alcindo Antônio Ferla
Francisca Rêgo Oliveira Araújo
Francisca Valda da Silva
Gabriel Calazans Baptista**

editora

redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

F357q Ferla, Alcindo Antônio (org.) et al.

Quando a conferência de saúde ensina para o trabalho e para a vida: narrativas dos estudantes sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde / Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Francisca Rêgo Oliveira Araújo, Francisca Valda da Silva, Gabriel Calazans Baptista. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

210 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 6).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-54329-48-8.

DOI 10.18310/978-85-54329-48-8.

1. Conferências de Saúde. 2. Conselhos de Planejamento em Saúde. 3. Conselhos de Saúde. 4. Participação da Comunidade. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180100

CDD 610.65

CDU 614.29

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Grupos práticos / Conselhos / Comissões.
 2. Medicina: Conselhos / Grupos de trabalho.
-

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FERLA, Alcindo Antônio (org.) et al. Quando a conferência de saúde ensina para o trabalho e para a vida: narrativas dos estudantes sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 6). E-Book (PDF). ISBN 978-85-54329-48-8.

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Univ. Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Llorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Univ. Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Univ. Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Univ. Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Sec. Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fund. Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Lab. de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Jaqueline Miotto Guarneri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Projeto Gráfico e diagramação

James Zortéa e Renato Pereida Jr.

Arte da capa

James Zortéa

Revisão

Johan Heyss

sumário

11. *Prefácio 1 - A Esperança Presente é o Futuro do SUS e da Democracia: Juventude Pesquisadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Fernando Zasso Pigatto
15. *Prefácio 2 - Uma Homenagem aos Jovens Pesquisadores com Camisetas Verde-Esperança*
Antônio Alves de Souza
17. *Seção 1 – A Conferência Como Lugar de Aprendizagem*
19. *O Que Pode uma Conferência de Saúde? Aprendizagens Significativas no Cotidiano da 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Alcindo Antônio, Ferla Gabriel Calazans Baptista, Francisca Rêgo Oliveira Araújo, Francisca Valda da Silva
27. *Um Encontro entre a Juventude da Esperança e o SUS Socialmente Construído: Participação Estudantil na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Falcão e Sá
33. *Seção 2 – Narrativas das Aprendizagens*
35. *A Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde e Suas Contradições: Um Relato Acerca de Olhares, Entrelhares e as Perspectivas de Luta da Classe Trabalhadora*
Guilherme da Silva Machado
43. *A Defesa Do SUS como Eixo Transversal da Formação Multiprofissional em Saúde – Protagonismo de Residentes na 16ª CNS*
Camila Lima Nogueira, Etel Matielo, Francisca Maria Carvalho Nascimento, Osvaldo Peralta Bonetti
49. *Um Por Todos e Todos Por Um*
Jamilly Katielen Machado Floriano
53. *Relato de Experiência, Encontro e Afeto na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Marcelo Pereira Gonçalves
57. *Saúde e Democracia: A Participação Social como Objeto de Pesquisa na 16ª Conferência Nacional de Saúde – Um Relato de Experiência*
Lígia Maria Carlos Aguiar

- 65.** *Experiência de Relatores do Sudeste (RJ E MG) Na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Daniela Ferraz Frauches Carvalho, Eldon Carlos Queres Gomes, Berenice de Freitas Diniz
- 71.** *Participação Social na Política de Saúde: Trilhando Caminhos para a Consolidação do SUS*
Matheus Oliveira de Paula
- 77.** *16ª Conferência Nacional de Saúde: Impressões, Desafios e Particularidades do Processo Democrático*
Andreia Gussi de Oliveira e Krystal Costa Batista
- 83.** *As Múltiplas Versões da Participação Presentes Na 16ª CNS*
Rodolfo Luis Almeida Maia
- 91.** *A Vivência na 16ª Conferência Nacional de Saúde: O Olhar Como Pesquisadora*
Irani Santos Silva
- 97.** *Entre Mães e Filhas*
Valéria Cristina Gomes de Castro e Thaís Castro Madeira
- 103.** *Relato de Experiência na Pesquisa “Saúde e Democracia: Estudos Integrados Sobre A Participação Social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”*
Flávia Santana Lima
- 109.** *16ª Conferência Nacional de Saúde: Uma Arena de Debates, Diálogos, Comunicação e Interações*
Berenice de Freitas Diniz
- 117.** *Saúde é Democracia: Um Olhar para o Controle Social na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Juliana Gonçalves Machado
- 125.** *Participação de Jovens na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS): Ensaio Teórico*
Mayara Suelirta da Costa
- 131.** *Sigo Construindo o SUS que Me Constrói: A Vivência como Pesquisadora na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Andresa Barbosa Candido
- 137.** *Controle Social na Saúde: Realidade e Potencialidades*
Lucas Uback

- 143.** *As Histórias Por Trás da História: Experiências Narrativas da Pesquisa na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Rafael Fernandes Tritany
- 149.** *Democracia, Participação Social e Direito à Saúde: Reafirmando a Importância das Conferências como Espaço de Controle Social*
Gabriela Cristina Braga Bisco
- 157.** *Ressignificando Saberes: Vivências Enquanto Pesquisadora na 16ª Conferência Nacional De Saúde*
Camila Fontana Roman
- 163.** *SUS, Uma História que deve ser Escrita por Todos*
Maria Juliana Rocha Reis
- 169.** *Controle Social e Participação Popular: Contribuições Narrativas e Discursivas das Experiências da Pesquisa em Campo na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8º+8)*
Rodrigo Cardoso dos Santos
- 175.** *Narrativa Sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Otavio Lago Netto
- 181.** *Voz(es) no SUS: Experimentações de um Pesquisador na 16ª Conferência Nacional de Saúde*
Francisco Jadson Franco Moreira, Leidy Dayane Paiva de Abreu e Maria Lourdes Santos
- 189.** *A Participação Social em Saúde - Além de Democrática deve ser Diversa*
Danylo Santos Silva Vilaça
- 195.** *A Importância e o Aprendizado da 16ª Conferência Nacional de Saúde Sob a Ótica de um Pesquisador: Um Relato de Experiência*
Vitor Frazão Neri
- 201.** *A Oportunidade de Participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde e a Importância na Formação do Residente em Saúde da Família*
Pedro Henrique Santos Vitoriano
- 205.** *16ª Conferência Nacional de Saúde: Inspirado na Origem para Seguir Construindo um SUS Público, Universal e Gratuito*
Adailton Costa



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16ª CNS

A ESPERANÇA PRESENTE É O FUTURO DO SUS E DA DEMOCRACIA: JUVENTUDE PESQUISADORA DA 16^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Fernando Zasso Pigatto

Algumas coisas têm me dado muita alegria nesse período na presidência do Conselho Nacional de Saúde. Entre elas, seguramente, está a realização da 16^a Conferência Nacional de Saúde, nossa 8^a+8. E não é possível falar sobre a 16^a CNS sem lembrar dos e das jovens pesquisadores e pesquisadoras que se associaram à pesquisa, aplicada durante sua realização, intitulada Saúde e Democracia: estudos integrados sobre participação social na 16^a Conferência Nacional de Saúde.

A pesquisa inaugurou a apresentação de projetos à CONEP diretamente pelo Conselho Nacional de Saúde, com igual prerrogativa do Ministério da Saúde, como instância nacional do SUS. Também pelo fato de ser uma pesquisa sobre o controle social na saúde, promovida pelo CNS. Não há demérito nas pesquisas acadêmicas sobre o controle social, há sim um mérito forte do controle social debruçar-se sobre si mesmo para produzir conhecimentos úteis e oportunos às suas agendas, visto que os dados coletados, além de indicar o perfil dos participantes formou uma base de dados para serem explorados pelos próximos anos, perpassado pela 17^a Conferência Nacional de Saúde.

De toda forma, não é sobre a pesquisa em si que quero falar aqui. É sobre a participação na pesquisa e na Conferência de um grupo enorme de jovens estudantes de graduação, residentes, mestrandos e doutorandos. Com suas camisetas verdes – do esperar, da esperança – circularam pela conferência fazendo suas entrevistas, apoiando conselheiros e conselheiras, que precisavam de ajuda para organizar suas atividades, nos lembrando que as formas de ordenamento da formação dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde pelo SUS, como diz a Constituição de 1988, precisa passar pela aprendizagem do controle social. E, quando isso acontece, ela é recíproca, é enorme!

Fico muito feliz de termos, na Mesa Diretora e na Comissão Organizadora daquela Conferência, respaldado a ideia (quase impossível para quem não sonha) de mobilizar estudantes para a tarefa de apoio à pesquisa. Francisca Rêgo, coordenadora da Comissão de Relatoria, Francisca Valda, coordenadora da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho, e Alcindo Ferla, coordenador geral da pesquisa, nos fizeram a proposta de uma chamada pública para apoiadores da pesquisa. Mas somente tínhamos a inscrição, controladíssima por conta da importância da conferência, para oferecer, além do ímpeto de sonhar junto para fazer acontecer. Não parecia provável que houvesse uma escala tão grande de interessados. Houve! Muito mais candidatos que as vagas que dispúnhamos. Uma seleção muito difícil nos apresentou mais de 100 finalistas, que fizeram muito mais do que estava previsto.

Particpei da formação daquela juventude linda e motivada, no canteiro de obras da preparação do Pavilhão de Exposições do Parque da Cidade, em Brasília, para receber a conferência. Fui entrevistado na primeira e na segunda etapa da pesquisa. Particpei de reuniões de organização e, depois, das comemorações. Senti-me contagiado pela energia e pelos olhares esperançosos daqueles e daquelas jovens, mesmo cansados e cansadas do trabalho diuturno. Emocionei-me com os relatos dos esforços para chegar e permanecer em Brasília, inclusive diante de intercorrências familiares graves, como adoecimentos e mortes de familiares. Bom, já seria mais do que suficiente o que relatei até aqui para dizer que nossa decisão foi muito acertada.

Mas não foi só isso, não! A juventude permaneceu os dias todos da Conferência. A expectativa de desistências não se confirmou. Chegamos ao final com o time firme e forte. Lembro bem da confraternização numa das salas dos grupos de traba-

lho abarrotada de jovens felizes. Pareciam prontos para reiniciar tudo!

Passada a conferência e o convite para que escrevessem narrativas sobre a experiência, não apenas foi aceita, como os relatos nos mostraram outra evidência: a participação ensinou sobre a conferência, sobre a participação, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre democracia. Comemoro muito esse processo, principalmente pelo fato de que tivemos quatro dias de formação intensiva, de aprendizagens recíprocas, de suor e lágrimas, e o saldo foi fortalecer a paixão pelo SUS dessa centena de jovens.

A lógica produtivista que permeia o pensamento de muitas pessoas mede o volume de coisas que uma iniciativa alcança. Fomos mais do que eficientes nessa pesquisa, pois o principal resultado para muito além do quantitativo, foi o qualitativo, de intensidade na defesa do SUS e de práticas profissionais que serão atravessadas pela experiência da Conferência, como dizem nos relatos esses e essas sanitaristas do controle social.

Por fim, cumprimento a cada um e cada uma que produziram suas narrativas. Mais do que isso, continuarei defendendo enfaticamente que os cursos de saúde não se omitam de aproximar a formação dos espaços de controle social nos territórios. O trabalho em saúde, na gestão e na atenção pode ter padrões melhores de qualidade técnica, política e humana com essa experiência.

Agradeço também os organizadores do livro. Essa publicação engrandece a participação e o controle social na saúde, também por demonstrar a intensidade dessa aprendizagem.

O verde – que simboliza esperança – da camiseta se transforma no esperar freireano: trabalhadores e trabalhadoras em formação, aprendendo, e lutando por um SUS forte e presente, a retomada

da democracia, a garantia de direitos e a defesa de todas as vidas.

Viva o SUS! Viva a democracia! Viva a esperança, que vence os medos e as asfixias que esse tempo tem produzido, pois ela é maior, já se faz presente e nos guia ao futuro. Venceremos! Forte abraSUS!



foto: acervo pessoal de Pedro Henrique Santos Vitoriano - Confraternização dos pesquisadores na 16o CNS

UMA HOMENAGEM AOS JOVENS PESQUISADORES COM CAMISETAS VERDE-ESPERANCA

Antônio Alves de Souza

A 16ª Conferência Nacional de Saúde foi uma experiência muito importante para o Brasil, para nossa capacidade de resistir e de enfrentar adversidades. Como experiência coletiva foi imprescindível para mostrar que o Sistema Único de Saúde é nosso, e que lutaremos por ele.

A Conferência antecipou um tempo difícil, onde vivemos as consequências do golpe que explicitou a quebra da institucionalidade democrática grave que temos vivido nos últimos anos.

Viver a Conferência, no calor do Parque das Cidades de Brasília também foi uma experiência pessoal muito importante.

Fui convidado para participar da pesquisa “*Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde*”. Com muita alegria recebi o convite e aceitei. Que prazer me deu acordar cedo, preparar o material e encontrar os jovens pesquisadores e os demais participantes da Conferência a cada dia.

Recuperei uma postagem que fiz no dia seguinte, é que traduz a intensidade da participação nas atividades da pesquisa, sobre as quais falam as narrativas do livro:

Bom dia, guerreiras e guerreiros participantes da pesquisa quanti e quali da 16ª CNS.

Hoje, eu acordei cedo novamente para me preparar para pegar o já agora meu velho e surrado cartaz com os dizeres “O Conselho Nacional de Saúde quer conhecer mais quem são os participantes da 16ª CNS”.

Participe da Pesquisa do CNS” e me dirigi para o Pavilhão do Parque da Cidade, quando caí na real ao descobrir que hoje não teremos mais a 8ª + 8 CNS.

Inicialmente, fui acometido por um sentimento de tristeza porque sabia que não poderia me juntar a essa galera, de mais jovens e menos jovens, que abraçaram o desafio de

participarem da primeira pesquisa feita pelo CNS durante a realização de uma conferência nacional.

Também por saber que iria sentir falta de captar a energia positiva que era transmitida pelos participantes da pesquisa que me davam forças para continuar firme na mobilização para sensibilizar os delegados e convidados para serem entrevistados.

Mas, depois desse primeiro impacto e revivendo os momentos desde o dia 3/8, quando nos reunimos para preparar o nosso trabalho nos dias subsequentes, cheguei à conclusão de que estávamos participando de uma prova de atletismo de longa distância, onde alguns de nós havíamos pegado o bastão da construção e implementação do SUS em 1986, na 8ª CNS, e que agora, na 16ª CNS, tinha encontrado muitos atletas, mais jovens do que eu, preparados para pegar o mesmo bastão que peguei quando tinha 38 anos, e continuarem na prova em busca da vitória final.

Este sentimento renovou as minhas esperanças e me deu a certeza de que a luta valeu a pena e que a árvore chamada SUS vem produzindo tantos frutos sadios desde a sua criação que ela agora não é mais única, mas faz parte de uma floresta chamada SUS e que vocês, jovens pesquisadores da 8ª + 8 CNS, terão o mesmo sentimento do dever cumprido do Antônio Alves quando estiverem participando da 16ª + 8 Conferência Nacional de Saúde.

Obrigado por vocês existirem e por terem me trazido de volta aos meus 38 anos.

Um beijo no coração de cada uma, cada um de vocês.

Alegria é o que sinto também ao prefaciar este livro. O convite me transportou ao dia seguinte e, da mesma forma que escrevi naquele dia, me mobilizou a todos aqueles encontros que a Conferência me proporcionou.

Participei de muitos governos que fizeram políticas inclusivas, respeitaram as deliberações do controle social, combateram a fome e a miséria. Coisas que cabem a um governo democrático, justo e decente. Não temos nada disso nos dias atuais. Mas a Conferência valeu a pena por demonstrar resistência e capacidade propositiva, por ter realizado um esforço de inclusão enorme, por deliberações bem importantes, pela mobilização de todo o Brasil. Mas valeu muito a pena também por essa aprendizagem que os jovens pesquisadores demonstram nas suas narrativas. Mais de cem jovens pesquisadores em convivência intensiva com quase cinco mil participantes e com pessoas como eu, jovem há tanto tempo na luta por democracia, justiça e saúde. Aprendemos muito uns com os outros e com a conferência. Seguimos aprendendo com os dados da pesquisa e, agora, com as narrativas desses jovens defensores do SUS.

Repito: que alegria ter participado desse movimento. Agradeço muito aos organizadores essa iniciativa e o convite. Voltei aos dias da Conferência e me senti, outra vez, um jovem aprendiz e energizado para boas lutas, como se vestisse outra vez a camiseta verde que nos tornou tão bem quistos naqueles dias. Que são necessárias para sairmos desse tempo difícil, fascista e triste. Então, recomendo a leitura das narrativas, sugiro fazer isso com a energia e a capacidade de interagir com o contexto desses jovens e convido a todos e todas para defender o SUS e a fazê-lo melhor e mais forte!

Grande abraço a todos e todas!

SEÇÃO 1
A CONFERÊNCIA COMO
LUGAR DE APRENDIZAGEM



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16^o CNS

O SUS É
NOSSO,
NINGUÉM
TIRA DA
GENTE!

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DEMOCRACIA E
SAÚDE

O QUE PODE UMA CONFERÊNCIA DE SAÚDE? APRENDIZAGENS SIGNIFICA- TIVAS NO COTIDIANO DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Alcindo Antônio Ferla
Gabriel Calazans Baptista
Francisca Rêgo Oliveira Araújo
Francisca Valda da Silva

INTRODUÇÃO

As conferências e os conselhos de saúde são instâncias de exercício do controle social no Sistema Único de Saúde. Sabemos todos que, constando na primeira versão do que se transformou na Lei Federal nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), a participação social na saúde teve vetos do então governo (Fernando Collor) e foi rapidamente recomposta pelo Congresso Nacional, retornando à institucionalidade como o texto da Lei Federal nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Sobre as conferências de saúde também sabemos da contribuição às definições que embasam o Sistema Único de Saúde (SUS), da importância fundamental da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que explicitou um dos marcos do pensamento da Reforma Sanitária Brasileira para a produção da saúde: Saúde é democracia e democracia é saúde foi o slogan e a convocação ao pensamento dos participantes daquela Conferência. Ou, como nos dizeres de Sérgio Arouca, na abertura da Conferência: a saúde que queremos é um marco civilizatório que, para se concretizar, precisa ter dentro dele valores que não devem ser perdidos, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 1996).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde nos ensinou o conceito ampliado da saúde, na articulação da saúde com a democracia: saúde e democracia implicam em

“que [as pessoas] tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodetermi-

nação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo” (AROUCA, 1986).

Tivemos um percurso construtivo de 1986 até 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa Brasileira (BRASIL, 1988), e nos anos seguintes, na implementação do Sistema Único de Saúde que a Carta Constitucional criou. Passo a passo, fomos avançando na implementação do SUS e da nossa frágil democracia, com uma baixa institucionalidade e um desenvolvimento social paradoxal, com acumulação e concentração de renda sempre de forma muito mais expressiva do que o acesso à renda e às condições de cidadania para amplos setores da sociedade. A saúde e a democracia não são estados físicos ou psíquicos; são processos existenciais de pessoas e coletividades. E, portanto, não se alcança uma condição plena ou um estado absoluto. Saúde e democracia são construções sociais, políticas e históricas e, portanto, estão sempre em movimento. Os últimos anos nos ensinaram, inclusive, que os movimentos podem ser de retrocesso, muito retrocesso. Por isso, saúde e democracia são condições que ensinam e ensejam mobilização social e boas lutas. É preciso que a aprendizagem da democracia participativa e da saúde sejam significativas, que pertençam aos corpos e às mentes, de toda forma, às existências. O percurso de uma boa luta é uma definição adequada para os caminhos do controle social na saúde nos tempos do SUS.

Pois bem, num contexto de retrocessos políticos, sociais, sanitários e civilizatórios, nos deparamos com a 16ª Conferência Nacional de Saúde, cari-

nhosamente apelidada de 8ª + 8, para tornar ainda mais visível o encontro com a conferência-marco da reforma sanitária brasileira. A preparação da 16ª CNS envolveu uma diversidade de atividades, para fomentar a atualização dos temas para a agenda do SUS, para a mobilização do controle social para a defesa do SUS e da democracia e para incluir novos olhares e grupos no processo participativo. O Conselho Nacional de Saúde desencadeou diferentes iniciativas para fortalecer e renovar a participação social em saúde e políticas públicas. Para o CNS, na preparação da conferência era necessário mobilizar atores dos diferentes segmentos sociais em torno de debates fundamentais na defesa da democracia brasileira, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano, e do SUS como política pública brasileira (FERLA et al., 2019). O alargamento de iniciativas gerou, além de efeitos na participação propriamente dita, também um grande acervo de registros e documentos, que contam a história da participação social na saúde e dos modos como os processos participativos têm trilhado caminhos no tempo em que vivemos.

No período de 2017 até a etapa nacional da 16ª CNS foram realizadas diversas modalidades de atividades formativas preparatórias: Semana da Saúde 2018, Fórum Social Mundial, atividades específicas no 13º Congresso Internacional da Rede Unida e no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco), a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, atividades no Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018 e Plenárias Populares. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde promoveu: o Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; a 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; o 1º Seminário de Saúde Mental; o 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; o Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência “Garantia da Assistência Integrada”; Oficinas sobre o

financiamento em parceria com a CGU; o 5º Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP). Para a etapa nacional da 16ª CNS, foram realizadas etapas municipal e estadual, além de Conferências Livres. No período da Conferência, a programação incluiu atividades autogestionadas, mesas de debates e grupos de trabalho.

Assim, o processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde demonstrou um grande potencial de aprendizagem sobre diversos temas, inclusive sobre a participação social na saúde nos tempos atuais, tanto em termos de ideias como de diversidade, formas de organização e motivação dos participantes, além da necessidade de registro de questões que transcendem ao conteúdo das deliberações. O acervo de registros da 16ª CNS permite análises que sejam identificadas as características dos processos de participação em tempos em que a democracia é alvo de movimentos políticos que buscam sequestrar e privatizar os sentidos construídos ao longo dos anos e registrados na Constituição Federal (CONFERÊNCIA, 2019). O processo da 16ª CNS é um marco na participação social na saúde na conjuntura atual e, também, um privilegiado campo empírico para compreender o modo como se dá a participação e o controle social em contextos de fortes disputas pelo conceito de democracia. O Conselho Nacional de Saúde, sobretudo a equipe de relatoria da 16ª CNS, perceberam que a conferência deveria poder também gerar produção de conhecimentos sobre a participação social. Afinal, os estudos sobre o controle social têm utilizado a participação como campo empírico, mas, se invertermos a lógica da análise, e construirmos olhares do controle social sobre si mesmo, a perspectiva da análise se repete? Bem, se compartilharmos a perspectiva da educação permanente em saúde, como aprendizagem no e pelo trabalho (CECCIM; FERLA, 2008), é lícito imaginar que não. Sem demérito dos conhecimentos produzidos desde outros lugares sobre o controle social,

quando os atores que produzem o conhecimento o fazem com dobras analíticas sobre seu próprio trabalho, novas fronteiras aparecem para serem atravessadas no processo civilizatório.

Assim, foi elaborado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde o projeto de pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, que também foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Protocolo nº 14851419.0.0000.0008. A pesquisa tem como objetivo analisar a participação social no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde em dimensões que permitam sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem.

Na etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, a equipe de pesquisa foi composta por 130 pesquisadores, sendo 17 pesquisadores líderes e 113 pesquisadores de campo, das mais diversas localidades no Brasil. A equipe de trabalho, em envolvimento voluntário, foi composta por pesquisadores de diversas localidades do Brasil, com adesão por afinidade, principalmente atuantes no Conselho Nacional de Saúde. Para os pesquisadores de campo foram feitas uma chamada pública aberta, com 190 inscritos, em que foram selecionados 80 titulares e 20 suplentes a partir da análise das manifestações de interesse apresentadas. Também foi realizada uma segunda chamada, dirigida aos programas de residência da Fiocruz Brasília. A preparação para o trabalho de campo foi feita no dia 04 de agosto, e consistiu numa breve apresentação dos aspectos históricos e conceituais do Sistema Único de Saúde e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, da organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde e dos instrumentos da pesquisa que foram aplicados na etapa nacional. Nos dias subsequentes, estivemos todos

juntos no cotidiano da Conferência (FERLA et al., 2019).

A pesquisa citada já produziu muitos informes, artigos e capítulos. Não é disso que queremos tratar aqui. Aqui nos interessa trazer as vozes dos estudantes que participaram da experiência da pesquisa. E, singularmente, os atravessamentos que a Conferência e a pesquisa da conferência produziram nos seus percursos pessoais e profissionais.

A CONFERÊNCIA DE SAÚDE COMO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

Ao final da 16ª Conferência, mas mobilizados pelas intensidades produzidas nos dias de sua realização, elaboramos uma chamada de narrativas voltada aos estudantes que participaram da dupla experiência: de vivenciar o cotidiano da etapa nacional de uma conferência de saúde e de atuar como pesquisadores em ato da primeira pesquisa coordenada pelo CNS sobre a participação. Atuaram dois vetores de força na decisão: 1) a intensidade mesma dos encontros que vivenciamos nas salas, corredores e espaços de circulação onde a conferência se realizava; 2) a convicção de que o registro narrativo dos participantes poderia ampliar a compreensão sobre a potência pedagógica de uma conferência.

Pode parecer óbvio, mas conceber uma conferência como espaço de aprendizagem é diverso do que apenas concebê-la como espaço de participação social. O caráter pedagógico das conferências nos ensina sobre a capacidade real da inclusão social, da produção de novas ideias, do enfrentamento dos colonialismos que as teorias e as ideias vigentes portam, num combo que nem sempre é visível e perceptível. Diz também da aprendizagem significativa, ou seja, do conhecimento corporal que produzimos quando os fenômenos da participação não são apenas colocados na ordem das

estratégias políticas para reorganizar o poder e o uso dos recursos. Não há demérito nisso, apenas interessa o registro de que há outros fenômenos que operam pelas dobras das estratégias políticas de grupos de interesse e operadores institucionais das políticas.

Então, a chamada de manuscritos voltada para os estudantes, afetivamente reconhecidos como “verdinhos e verdinhas”, em alusão à camiseta de cor verde que os identificava entre os participantes da 16ª CNS, compunha parte das abordagens metodológicas da pesquisa sobre a participação social. Francisca Valda, Francisca Rego e Alcindo Ferla, para nuclear apenas algumas pessoas que estiveram na mobilização da pesquisa por dentro do Conselho, também tinham e têm inserção importante na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) do CNS, onde se desenvolve a avaliação da relevância social e sanitária dos cursos da área da saúde. E aqui está um ponto forte da origem de diversas iniciativas relacionadas à pesquisa. Faz parte da metodologia de avaliação dos cursos da saúde pelo CNS o inventário de formas de articulação da formação profissional com movimentos sociais e com a participação social em saúde nos projetos pedagógicos e documentos institucionais que instruem os processos de abertura, de reconhecimento e de renovação do reconhecimento dos cursos de medicina, enfermagem, psicologia e odontologia. Bem, esse é um dos indicadores mais difíceis de verificar nos projetos que têm sido propostos pelas IES públicas e privadas.

O lugar do controle social na regulação da formação de novos profissionais nos projetos pedagógicos dos cursos, quando muito, parece coincidir com aquele que aprisiona conselhos e conferências nas lentes das pesquisas mais acadêmicas: apenas o espaço da institucionalidade, da reunião, da representação. E sobre ele recaem, invariavelmente, as insuficiências das práticas institu-

cionalizadas. Ou seja, o desafio para os cursos de graduação é, por assim dizer, que os espaços de participação social sejam reconhecidos como parte da institucionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Ora, quando elaboramos as orientações e fazemos cada análise de um curso de graduação, a expectativa é que eles sejam lugares de inclusão, de produção de novos pensamentos sobre a saúde e o viver nos territórios, de compreensão das diversidades culturais e sociais que atravessam a produção de vida e saúde em cada território. Temos a expectativa, em síntese, que o contato dos estudantes e docentes com os conselhos, conferências e movimentos sociais torne visíveis aspectos da complexidade da produção da saúde que estão ali nos territórios e que o conhecimento disciplinar predominante ainda não os consegue representar adequadamente. Mas são conhecimentos imprescindíveis para a eficácia dos fazeres da saúde de cada profissional e profissão. O contato dos estudantes, dos docentes e das instituições de ensino com os territórios constitui parte do paradigma internacional do desenvolvimento de competências locais e globais (FRENK, J. et al., 2010), mobiliza a expectativa de aprendizagem significativa (FERLA, 2020) e de inovação no desenvolvimento de capacidades profissionais a partir da conexão ensino/pesquisa/extensão (FERLA, 2021), que traduz a matriz paradigmática da política de educação superior vigente, ao menos do ponto de vista legal, uma vez que a ação do governo federal tem corroído os pilares da institucionalidade também na educação.

Como se vê, não foi pouca a expectativa da contribuição das narrativas dos estudantes para a pesquisa e a contribuição esperada transcendia a pesquisa propriamente dita da 16ª Conferência, uma vez que pretendia produzir conhecimentos úteis e oportunos para a agenda posterior do Conselho Nacional de Saúde e do SUS.

O retorno não foi menos expressivo do que a expectativa inicial. A “juventude da saúde”, expressa por jovens estudantes de diversas instituições, variados cursos e níveis de formação (ensino técnico, graduação, residências, especializações, mestrados e doutorados) e territórios de atuação respondeu com narrativas intensas, densas e significativas para seguirmos pensando na participação social como lugar com potência para a aprendizagem na saúde e, mais do que isso, lugar pouco ocupado nas práticas institucionais. O colega Antônio Alves, no texto precedente, demonstrou que a iniciativa também atualizou a juventude de militantes já clássicos da Reforma Sanitária brasileira, assim como o fez Fernando Pigatto no primeiro texto do Prefácio.

Às aproximadamente 30 narrativas, somamos alguns manuscritos feitos sob demanda dos organizadores, e é esse conjunto primoroso de textos que fazemos chegar à sua leitura.

SOBRE A POTÊNCIA DA APRENDIZAGEM DA DEMOCRACIA

No seu conjunto, os textos apresentam a “mobilização de corações e mentes” desses jovens profissionais em formação, como na expressão utilizada para definir os Estágios e Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS). Demonstrem como a participação nos espaços de participação social produz devires profissionais significativos. Não se trata apenas de ativismo social, se trata de conhecimentos que estruturam fortemente novos fazeres profissionais e expandem a eficácia da clínica e da gestão.

As narrativas relatam encontros potentes no cotidiano do controle social da saúde, cuja potência se expande pela articulação do tripé ensino/pesquisa/extensão. As narrativas também descrevem detalhadamente, inclusive com detalhes afetivos,

as oscilações entre aprender/sistematizar conhecimentos/atuar no cotidiano da produção da saúde. Uma leitura cuidadosa perceberá, em muitas narrativas, a função pedagógica e metodológica de oscilar livremente entre essas bases da formação acadêmica. A pedagogia libertadora freireana nos aponta exatamente a conexão entre a liberdade e a responsabilidade com o outro (FREIRE, 1993). A aprendizagem significativa é aquela que se produz com liberdade, com o corpo em contato com os demais corpos que fazem o cotidiano de cada território, seja nos serviços, nos demais pontos de atenção e, também, nas conferências e conselhos de saúde (CECCIM; FERLA, 2008). Também se produz com tensões entre teoria e prática e entre as racionalidades da ciência e as lógicas pragmáticas do cotidiano, como nos ensinou Madel Luz (2009). A aliança entre a aprendizagem e o cotidiano do trabalho dá destaque à alma dos fazeres profissionais na saúde: o trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

Bem, como pesquisa qualitativa, a expansão dos efeitos identificados aqui ao conjunto de estudantes não é verdadeira. Tampouco relevante. Os efeitos aqui documentados são singulares, mas verdadeiros e capazes de demonstrar a potência da participação social como campo de aprendizagem prática. Essa não é uma constatação modesta, é bom ressaltar. Temos um período de mais de 300 anos em que o ensino da saúde se concentra no corpo, na nosologia das doenças, na classificação dos sintomas (LUZ, 2009; FERLA, 2021). Esse padrão “produz” também um padrão de subjetividade, que vimos percebendo como insuficiente para o melhor fazer do cuidado. Então, quando se organiza uma nova aliança entre a ciência disciplinar, que deve embasar a autonomia das profissões da saúde, como catastroficamente aprendemos na pandemia de COVID-19, e a ciência do cotidiano do trabalho, como nos ensina a educação permanente em saúde, os espaços de participação social

em saúde e políticas públicas têm uma capacidade pedagógica intransferível e impostergável: é preciso avançar!

Agradecemos a cada uma das pessoas que ofereceu sua narrativa, a cada esforço necessário para compor uma estética capaz de dizer do lugar de aprendizagem que cada um e cada uma das pessoas que estiveram conosco nesse grande laboratório de democracia e cidadania que foi a 16ª Conferência Nacional de Saúde. E a cada leitor e leitora que, sensivelmente, compreender que cada um dos textos é um convite para a defesa do SUS, do ensino da saúde pautado pelo compromisso ético com todas as saúdes dos territórios e com o SUS como política pública.

Boa leitura!

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Democracia é saúde**. Pronunciamento durante a 8ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília (DF). Rio de Janeiro: VideoSaúde, 1986/2013 (restauração). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/democracia-e-saude>

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

_____. **Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2008, v. 6, n. 3, pp. 443-456. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.

FERLA, A. A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Em: AKERMAN, Marco et al (org). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. (Série “Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS”). Pág. 94-122.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/issue/archive>

FERLA, A. A. et al. Participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde: os participantes e suas vozes. Em: **CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 16. Relatório final consolidado**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf

FREIRE, P. Nós podemos reinventar o mundo. Entrevista a Moacir Gadotti. **Nova Escola**, março de 1993. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/266/paulo-freire-nos-podemos-reinventar-o-mundo>

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1923-1950, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 5 out. 2021.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade** [online]. 2009, v. 18, n. 2, pp. 304-311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.



**EU DEFENDO O
SUS PÚBLICO,
INTEGRAL E
UNIVERSAL!**

UM ENCONTRO ENTRE A JUVENTUDE DA ESPERANÇA E O SUS SOCIALMENTE CONSTRUÍDO: PARTICIPAÇÃO ESTUDANTIL NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Falcão e Sá¹

¹ Farmacêutico, formado pela Universidade Federal de Sergipe, possui Residência em Saúde Mental e Mestrado em Ciências Farmacêuticas, também pela UFS. Em 2012 esteve no DAF/SCTIE/MS. Farmacêutico da Farmácia de Ação Judicial da SES-PE e Diretor de Assistência Farmacêutica de Abreu e Lima – PE. Foi Conselheiro nacional de saúde e de 2014 a 2017 e esteve na comissão de relatoria da 16ª conferência nacional de saúde. Atualmente faz Doutorado Profissional em Saúde Pública na Fiocruz – PE e é Diretor de Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico em Olinda-PE e Santa Cruz do Capibaribe – PE

INTRODUÇÃO

Ampliar a democracia, essa é a origem basilar de uma conferência temática. As Conferências Nacionais de Saúde são o marco maior dos debates sobre o Sistema Único de Saúde e tem por dever realizar uma ampla movimentação social em suas etapas de bairro, municipais, estaduais, etapas preparatórias até chegar ao ápice da etapa nacional. O marco legal que define atualmente as Conferências de Saúde é a Lei Federal nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990a), que registra textualmente, já no Parágrafo 1º do Artigo 1º

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.

Entretanto, as Conferência existem desde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A Conferência mais relevante no período anterior à Constituição foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), de onde surgiram as ideias, princípios e diretrizes que foram absorvidos na Constituição. Mesmo com o registro legal, é importante perceber que a participação da sociedade não é um valor inequívoco para todos os setores da sociedade. Por ocasião da promulgação da Lei Federal nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990b), o então Presidente da República Fernando Collor, vetou integralmente do corpo daquela lei as disposições sobre os Conselhos e Conferências de Saúde, que foram repostas no arcabouço normativo do SUS pelo Congresso Nacional alguns meses depois do veto.

Com relevância similar à 8ª Conferência Nacional de Saúde, em termos de contexto político e direitos sociais, foi realizada em agosto de 2019, a 16ª Conferência. Não por coincidência, a chamada registrava 16ª (8ª + 8) Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS). De acordo com o documento orientador preparado pelo Conselho Nacional de Saúde, a 8ª CNS foi inspiração para a preparação da 16ª:

Através das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, cujos resultados já estão estampados nos principais jornais do Brasil. Assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa “8ª + 8”, a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986. E, é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS (=8ª+8) são os mesmos, ou seja, o tema central é “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Os Eixos temáticos serão: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE 3 na Constituição Brasileira e o caráter de inovação da participação social na saúde está

reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde. (CNS, 2018, p. 2-3).

A preparação da 16ª Conferência Nacional de Saúde envolveu um razoável volume de inovações, entre as quais destaco o esforço grande de inclusão de pessoas e segmentos sociais para renovar e fortalecer a participação social na saúde. O ensaio breve que se desenvolve aqui apresenta uma dessas iniciativas, de estímulo à participação de estudantes de graduação e pós-graduação nas atividades de pesquisa que foram realizadas durante a etapa nacional daquela Conferência.

PARTICIPAÇÃO, JUVENTUDE E DEMOCRACIA

Fazer parte de uma conferência nacional é o sonho e um marco de diversos atores sociais, em especial de uma ampla parcela da juventude que estuda e faz parte do SUS. Contudo, historicamente, verificamos pouca participação destes na etapa nacional, o que aponta um duplo déficit: jovens são um segmento importante da população brasileira, sendo um foco de prioridade nas políticas do SUS; e, além disso, a rede de participação e controle social do SUS é um espaço relevante, mas pouco utilizado, de aprendizagem para as profissões da saúde e ocupações que têm a saúde como campo de trabalho. Pensando nisto a Comissão de Relatoria da 16ª Conferência Nacional de Saúde abriu a Chamada Pública nº 01/2019, que teriam por objetivo seleção de estudantes de graduação e pós-graduação para, em caráter voluntário, participar das atividades de pesquisa e outras atividades da Comissão, que foram desenvolvidas na Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, no período de 03 a 07 de agosto de 2019. A seleção de monitores, foi um acontecimento na preparação e realização da etapa nacional da Conferência.

Como resultado da Chamada Pública, tivemos 187 inscritos, sendo estes 90 alunos de graduação, 57 de especialização, 22 de mestrado e 18 de doutorado; de toda as partes do Brasil: 14 da região norte, 31 da região nordeste, 64 da região Centro-Oeste, 54 da região sudeste e 24 da região sul; com 66% de mulheres e 33% de homens. Destes 80 foram selecionados para estar conosco na pesquisa e 20 ficaram na suplência, para substituição em caso de impossibilidade dos 80 selecionados. O volume de inscritos demonstrou o interesse na participação por parte dos estudantes, que foi o primeiro indicador positivo da iniciativa.

Para seleção os candidatos deveriam se cadastrar em um sistema online com uma série de documentos obrigatórios e escrever uma carta de intenção que foi avaliada por uma comissão, a carta deveria conter os seguintes tópicos: I) As motivações para concorrer à condição de pesquisador e apoiador à Comissão de Relatoria, enfatizando a importância de participar de um evento com esse perfil; II) Uma breve apresentação de sua opinião sobre o SUS, sobre o controle social na saúde e sobre a 16ª CNS; e III) Descrição de experiências em estágios, participação em projetos de pesquisa ou vivências acadêmicas e comunitárias. A estratégia de inscrições e documentação de forma remota foi decorrência do pouco tempo que dispúnhamos para organizar o processo, com diversas outras atividades com enorme demanda à Comissão de Relatoria. Entretanto, as condições ofertadas não diminuíram a intensidade das manifestações dos interessados.

Lendo as cartas postadas pelos estudantes, pudemos identificar o, pulsante e voraz, espírito de participação popular da juventude e o acerto que foi derrubar barreiras para que estes pudessem estar presentes nos debates e da conferência nacional. Traremos para este capítulo alguns trechos que nos marcaram de forma significativa nas cartas de intenção, reacendendo a esperança que as novas

gerações trarão dentro de si a força daqueles que criaram um sistema de saúde baseado em justiça social, participação ativa da comunidade e equidade para os brasileiros e brasileiras.

O interesse na seleção evocou sonhos de pessoas com a cara de nosso povo, como nos seguintes relatos:

“Eu que sou Amazonense, nascida e criada na beira do rio, e que ouvi tantas vezes falar durante a graduação, sobre o surgimento do SUS, as conferências de saúde e participação social, fico em êxtase em ter a chance de contribuir na relatoria de um dos eventos mais importantes para o povo brasileiro”(I.S.S.S.) e “Nascida e criada em uma família preta, pobre e matriarcal, sendo usuária da saúde pública desde o nascimento, aprendi antes da academia a real necessidade de um sistema de saúde universal, público, resolutivo e que contemple a equidade” (L.C.).

Demonstrando assim a vontade do nosso povo de fazer parte como ator social desta história (do SUS), que foi muito construída no seio da academia, num âmbito teórico importante, mas que foi pensado para que seu povo ditasse seu rumo e trajetória. Quanto mais próximo a comunidade esta do sistema, quanto mais importante ele se fizer para o dia-a-dia de um povo, mais força ele terá para vencer as tentativas constante dos desmontes vivenciados. É função primária do controle social aproximar seu povo do sistema de saúde que construímos ao longo de décadas, pensando principalmente em sua defesa.

A conferência e o controle social foram reconhecidos como locais de nascedouro e construção deste sistema que protege diariamente nossa população, como demonstrado a seguir:

“é de muita emoção e gratificação ter a oportunidade em participar de um evento

como a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8+8). Conferência que há 8 edições atrás (31 anos) originou o SUS” (S.M.S). Ou “reconheço a importância da participação e representação dos Conselhos, em cada ente federado. O controle social é de suma importância para sustentação do SUS e sua vitalidade ao longo destes quase 30 anos” (B.B).

Isso nos fez refletir como dar seguimento à uma ação inovadora como esta seleção, que tem importância como incentivo para que a comunidade possa cada vez mais adentrar neste nicho, que é também uma escola de democracia participativa. O esforço para que a próxima conferência nacional de saúde reaplique e amplifique tal modelo deve rodear a próxima comissão de relatoria, a partir não somente dos resultados obtidos diretamente com esta pesquisa, mas também com todas as vivências e sonhos aqui relatados. Esta demonstrou ser uma forma de aprimorar o acesso para participação social de atores com forte desejo, mas com poucos meios de alcançar tal etapa da conferência. A inclusão é premissa de um controle social forte e atuante.

O reconhecimento do SUS foi outro aspecto importante relatado por nossos inscritos:

“Acredito no Sistema Único de Saúde e na sua capacidade de garantir a democracia em um país marcado por uma desigualdade social tão profunda como o Brasil. Ele é universal, integral e equânime, com uma visão ampliada de saúde, em que se apreende a determinação social do processo saúde-doença em um panorama biopsi-cossocial” (J.M.S.B); “SUS, mais do que um sistema de saúde, é um patrimônio, uma conquista do povo brasileiro. A escolha por um sistema de saúde universal fez do Brasil, em muitos aspectos, referência

internacional” (R.F.T.); “O Sistema Único de Saúde transformou e transforma a vida de brasileiros e brasileiras, do mais íntimo Sertão Nordestino às divisas gélidas do Rio Grande do Sul. O sistema público de saúde que temos, possibilitou a capilarização dos atendimentos, do alcance real das condições de saúde das pessoas. Mais do que isso, o SUS forneceu subsídios e amparou, dia após dia, o crescimento econômico, político e social no Brasil” (G.V.M.).

A esperança de um sistema vivo reconhecido pela sua população como de suma importância, tal qual o idealizado na 8ª Conferência, em 1986, é traduzido de forma contundente pelos participantes acima. O SUS não foi feito por e para um/uma gestor/gestão, foi feito para superação das inequidades que nossa população fora historicamente delegada. É um sistema de fortalecimento democrático e de acesso cidadão a serviços de proteção do estado. Quem imaginária em 2019 que a pandemia de Coronavírus se alastraria pelo nosso povo? Sem o SUS o desastre que foi a pandemia em nosso país teria sido muitas vezes pior.

A questão da conjuntura nacional de desmonte e desconstrução vivenciada já naquele momento pelo nosso país perpassou por diversas falas, tais como:

“Em uma conjuntura de ajuste fiscal, cortes orçamentários e contrarreformas de políticas sociais, observamos ataques ostensivos na garantia da saúde enquanto direito fundamental. O SUS, enquanto ideário de justiça social e democracia, têm sido alvo de retrocessos e encontra-se cada vez mais sob o desmonte de um orçamento federal estrangulado por interesses rentistas do capital financeiro” (N.K.N) e “a 16ª Conferência Nacional de Saúde será um marco histórico, tendo em vista que esta será a 8+8, uma referência

a 8ª CNS, a qual foi um marco histórico na consolidação do SUS como é conhecido hoje e pela atual conjuntura imposta EC 95/2016 e que dependendo das forças postas a população poderá buscar excitar a revogação desta EC” (L.M.S.).

É importante frisar que foi revigorante vislumbrar que visões da Conferência como esta: *“participar de uma CNS é revolucionário em um momento de total sucateamento, tentativas de privatizações entre outras medidas de desmonte do SUS” (R.A. G.F.)* já alcançava as mentes e os corações de uma juventude que faz saúde nos mais diversos locais. Dentre os nossos selecionados tivemos estudantes e profissionais das 14 áreas de saúde, e de outras áreas, que hoje estão atuando em suas profissões, na academia e até no parlamento municipal. Ajudar a cultivar esta semente que já existia neles, nos faz ter a esperança de que iremos superar este difícil momento conjuntural e poderemos continuar a construção diversa e ampliada deste sistema.

Esta seleção trouxe a esperança do verbo esperar, com fundamento do Patrono da Educação Brasileira, Paulo Freire, esperar de construir possibilidades para ampliar a participação popular nos mais diversos espaços sociais, em um espaço educativo de construção a partir da vivência democrática da conferência. A participação na pesquisa era uma parte da tarefa, mas as relações feitas pelos nossos verdinhos (como chamamos os monitores) e o acender da chama da defesa e da construção do SUS, são daqueles objetivos contidos nas entrelinhas, aqueles que dia após dia costuramos nesta densa rede de relações e ações feitas no cotidiano das militâncias.

PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA SÃO FORÇAS JOVENS!

A experiência desta seleção foi marcada pelos cerne da democracia: ampliamos o acesso, derrubamos barreiras, construímos pontes e laços, trouxemos para dentro gente que estava fora e queira entrar, cuidamos de sonhos compartilhados de um povo que tem nas mãos a possibilidade de tocar o futuro deste sistema integral, universal e equânime. Evoé! Pudéssemos demonstrar que cada um dos pesquisadores não apenas levou um pouco mais de bagagem experimental, mas temos conosco a certeza de que eles trouxeram muito mais democracia para esta festa do povo que foi a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8).

A participação dos jovens pesquisadores, carinhosamente apelidados de “verdinhos” pelos participantes da Conferência, que além das atividades de pesquisa, exerceram voluntária e propositalmente a função de monitores, agregou uma energia jovem às atividades e ao cotidiano da 16ª Conferência. Não foi apenas a formalidade do envolvimento jovem, senão a demonstração da potência de conectar à formação em saúde a experimentação da participação e do controle social, seja como vivências da democracia e da participação, seja do esperançamento freireano, que é marcado pela capacidade de “ir em frente”, mudando o mundo para que seja mais justo e saudável. Sobretudo, apontou a relevância da aproximação da aprendizagem ativa para a formação profissional em saúde que tenha a capacidade de defender o SUS e qualificar as práticas de cuidado e gestão no seu interior.

Por certo, as narrativas que compõe o livro que é apresentado às pessoas interessadas, produzidas na experimentação da participação dos jovens, fortalece a ideia, que já registrei anteriormente, que fomentar a participação dos estudantes nas Conferências de Saúde é um bom investimento na democracia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

_____. **Lei Federal 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Documento orientador de apoio aos debates**. 16ª (8ª + 8) Conferência Nacional de Saúde – Democracia e Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf

SEÇÃO 2

NARRATIVAS DAS APRENDIZAGENS



A REFORMA SANITÁRIA, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS CONTRADIÇÕES: UM RELATO ACERCA DE OLHARES, ENTREOLHARES E AS PERSPECTIVAS DE LUTA DA CLASSE TRABALHADORA

Guilherme da Silva Machado²

A história é um profeta com o olhar voltado para trás: pelo que foi, e contra o que foi, anuncia o que será. (GALEANO, 1993)

Antes que eu consiga relatar minha experiência na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) conforme proposto, precisarei esboçar em que terreno ocorreu o evento, bem como os componentes históricos desse solo que possibilitaram o germinar dessa experiência e o florescer das reflexões subsequentes.

Começamos pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e algumas de suas contradições. Desde seu ideário inicial até o desembocar do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tivemos formulações de todo tipo sobre saúde. De certa forma, todas elas questionavam o caráter estritamente biológico e unicausal do processo de saúde-doença. Nascia assim um modelo de multicausalidade que considerava os muitos fatores envolvidos nesse processo, tais como condições de trabalho e moradia, exposição a patógenos, fatores psicológicos, genética, entre tantos outros. O debate avançou de forma inegável. Pela influência da Medicina Social latino-americana, essas formulações foram mais além, exemplificadas pelo “Dilema Preventivista” (AROUCA, 2003). Desenvolveu-se a partir daí uma concepção de saúde que não mais se detém à multicausalidade. Ou seja, agora tendo o materialismo histórico como fundamento epistemológico do objeto “processo de saúde-doença”, que não nega o envolvimento desses fatores no adoecimento, mas tampouco os enxerga separadamente enquanto simples fatores de risco a serem evitados ou controlados.

Nesse sentido, entende-se que a maneira de produção da riqueza coletivamente na sociedade pelo trabalho dos explorados (classe trabalhadora) em

² graduando em medicina da UNESP

contrapartida à sua apropriação individual e desigual por aqueles que detêm os meios de produção (a burguesia) é, em essência, o verdadeiro determinante estrutural da condição de vida da população, manifestando-se em todos os problemas anteriormente tratados, os quais possuem não uma influência isolada em si, mas indissociada, sendo mais do que simples fatores de risco. Assim, é concebida a Determinação Social do Processo de Saúde Doença (DSPSD).

A partir disso é possível abandonar todas as incertezas e argumentos idealizados de que a revolução é condição inegociável para conquista de saúde plena para a população: há agora, no âmbito da saúde, uma formulação cientificamente comprovada para tal! Cabe também a conclusão de que a luta por saúde, considerada sua dimensão estrutural — e que abrange as relações sociais de poder, não se restringe a si mesma. Extrapola, portanto, a setorialidade da saúde, colocando na ordem do dia a organização política da classe trabalhadora rumo à superação do capitalismo.

Os atores que vieram a compor a RSB foram os mais variados: desde seus primórdios nos departamentos de medicina social das universidades, congregando intelectuais, docentes, estudantes universitários, até a adesão das camadas populares, contando trabalhadores da saúde, associações de moradores, sindicalistas, partidos políticos e outros movimentos populares.

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos.

(O 18 de Brumário de Louis Bonaparte, Karl Marx)

Se nesse momento de redemocratização e reforma sanitária temos um embate entre as classes, para entendermos o desenrolar do processo é importante salientarmos em que pé se encontrava a correlação dessas forças antagônicas. No pós-Segunda Guerra Mundial, o mundo via emergir uma polarização mundial entre duas superpotências: o bloco capitalista, representado pelos Estados Unidos da América (EUA), Europa e Japão, e o bloco socialista, na figura da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Nesse cenário, a classe trabalhadora mundial consegue muitas de suas vitórias e há agora um contraponto real à ideologia liberal capitalista, evidenciando ser possível a conquista de condições dignas de vida, até então restritas apenas àqueles que detinham os meios de produção. Assim, mesmo em um contexto de destruição catastrófica e escassez de recursos, a Europa capitalista se vê pressionada a conceder alguns direitos aos trabalhadores, organizando o chamado Estado de Bem-Estar Social e uma série de reformas sanitárias que deram origem a sistemas nacionais públicos de saúde como o National Health Service da Inglaterra.

Nesse sentido, podemos situar a RSB, ocorrida durante a década de 80, como tardia em relação às demais. O desenrolar de seu processo, ou seja, a criação do SUS, ocorre no mesmo cenário de fim da URSS (meados de 1991). Assim, ruía o grande polo socialista que dava retaguarda às lutas da classe trabalhadora no restante do planeta, dando início consigo a um novo período de discretos avanços e muitos retrocessos.

Com a RSB não foi diferente. Pouco a pouco, o movimento passa a perder suas bases populares, tendo dificuldades em congregar o movimento sindical e outros setores e restringindo-se, cada vez mais, à institucionalidade. Cabe aqui uma consideração de que esses movimentos seguiam na luta por melhores condições de trabalho, remuneração, moradia e tantas outras questões que estavam

contempladas na concepção da DSPSD. Assim, não devemos taxar esses movimentos de desmobilizados, mas entender que concentravam suas lutas em pautas que também iam de encontro às formulações da Medicina Social.

Com a perda da adesão dos movimentos populares, sindicais e tantas outras expressões do proletariado, optou-se na reforma pela revolução passiva (GRAMSCI, 2002) ou seja, optou-se por uma tática que prescindia da luta com as camadas populares, escolhendo-se a luta pelas camadas populares, tendo os intelectuais e gestores da saúde como os principais articuladores desse processo, via comissão de saúde do congresso, comissão nacional de reforma sanitária etc., enxergando na constituição de 1988 o grande palco para estas conquistas almejadas. (TUBERO, 2011)

Se antes a reforma tinha entre suas formulações uma revolução que abalaria as bases dessa sociedade de classes, agora seus principais anseios, enclausurados na lógica da “dialética do possível” (CAMPOS, 1988), de lidar com as supostas limitações materiais postas no momento, assumindo o discurso das “razões do Estado”, aceitando as impossibilidades de se alcançar as mudanças estruturais necessárias; agora, essas formulações se dirigiam à redemocratização, cristalizados na máxima de “Democracia é Saúde, Saúde é Democracia” e na organização administrativa dos serviços de saúde, perpassando pelas Ações Integradas de Saúde e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, culminando na proposta de criação do SUS compilada na proposta apresentada na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No SUS, a reverência à dialética do possível se cristaliza em uma das maiores contradições: a complementariedade com o setor privado. De modo previsível, com o caminhar do movimento sanitário pela institucionalidade parlamentar, entendendo a dinâmica do direito burguês, a ideolo-

gia hegemônica burguesa difundida pelos meios midiáticos, educacionais e morais que nos cercam, ou até mesmo o mecanismo de financiamento de campanhas eleitorais por grandes empresas que elegem seus candidatos para defenderem seus interesses sórdidos privatistas e corporativistas; era de se esperar que a conclusão desse processo, em certa medida, teria de favorecer o setor privado de alguma forma.

Como uma das maiores expressões da conciliação entre a classes burguesa e proletária, a tal complementariedade fere de morte o SUS ao reconhecer (pela lógica da dialética do possível) que o setor público não teria capacidade de lidar com todas as demandas de saúde do país, necessitando então contratar do setor privado esses serviços, tais como boa parte dos serviços de média e alta complexidade, diagnósticos, internações etc., resultando na drenagem dos recursos públicos para o complexo médico-hospitalar, empresas privadas de diagnósticos e indústria farmacêutica (via programas como a farmácia popular). Assim, temos um questionamento hoje se o SUS ainda precisa se consolidar para cumprir de fato seus objetivos constitucionais de universalidade, igualdade e integralidade, ou se já está cumprindo seus propósitos conciliatórios, ao custear a maioria das internações no setor privado.

Ainda tentando resguardar algumas de suas características populares, implementa-se um novo modelo de participação social: o controle social (CS), exemplificado pelos conselhos e conferências de saúde. De forma alegórica, pode-se dizer que são dispositivos com um pé no Estado e outro na sociedade civil (PAIM, 2017). De fato, os conselhos são espaços que, nesses quase 30 anos do SUS, têm conseguido mobilizar certa parcela da sociedade em torno de alguns dos ideais que levaram à criação do SUS.

Entretanto, em retrospecto, é também fato que as formulações do CS não têm sido suficientes para barrar ataques sucessivos ao SUS, tais como: a implementação e o enraizamento das novas formas de gestão — exemplificadas pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS), pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou até mesmo pela recente proposta do governo Bolsonaro acerca das propostas dos Médicos Pelo Brasil, com a fundação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) —, a expansão das parcerias público-privadas na saúde, a continuidade das desonerações fiscais para os empresas do sistema suplementar, o comprometimento da produção nacional de medicamentos, a implementação da emenda do teto de gastos (ou seu nome mais condizente, a PEC da Morte), a Desvinculação das Receitas da União, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica do governo Temer, que coloca em xeque o trabalho dos agentes comunitários de saúde, a nova política de financiamento da Atenção Básica trazida pelo governo Bolsonaro que compromete recursos para esse setor e a extinção de inúmeras categorias profissionais como componentes do SUS.

“Para Marx, o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma “ordem” que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão das classes. Para os políticos da pequena burguesia, ao contrário, a ordem é precisamente a conciliação das classes e não a submissão de uma classe por outra; atenuar a colisão significa conciliar, e não arrancar às classes oprimidas os meios e processos de luta contra os opressores a cuja derrocada elas aspiram.”.

(LENIN, 1983)

Certamente, seria injusto e incorreto creditar tantos retrocessos à falta de articulação ou competência dos conselhos de saúde. Cabe, na verdade, um entendimento sobre a limitação desse instrumento (o controle social) de luta enquanto componentes institucionais de um Estado burguês, que nada faz além de cumprir sua função de gerenciamento dos negócios da classe dominante e auxiliá-la em seu processo de acumulação de capital, trazendo os inúmeros ataques exemplificados acima. É preciso, portanto, uma reavaliação da estratégia e das táticas de luta que temos empregado, a fim de não depositar energias e trabalho militante em espaços como este.

Resolvi esboçar esta análise — de forma alguma inédita — para explicar algumas percepções durante a pesquisa. No primeiro dia, marcou-me a euforia: a imensa alegria de ter sido selecionado para compor a pesquisa e, de bandeja, poder participar de um dos eventos nacionais mais importantes para a Saúde, no qual havia muita simbologia enquanto resgate dos ideais da 8ª CNS e de seu lema (Democracia e Saúde). Ver ali jovens de todo o Brasil foi instigante. Saber que estaria compondo a primeira pesquisa do CNS foi animador.

E, realmente, somente conseguia pensar no quadro Operários, de Tarsila do Amaral, ao ver as filas repletas de pessoas de todos os cantos do País, com os mais variados rostos, as mais variadas roupas, os mais belos e quase musicais sotaques, cheias de vontade de lutar, buscando uma forma de canalizar sua indignação frente às calamidades sanitárias que tanto assola o Brasil, as quais o SUS, com seu crônico subfinanciamento e franco processo de desmonte, tem feito das tripas coração para tentar suprir. Porém, talvez valha a ressalva de que o quadro visto não mais cabe numa população operária. Temos hoje um crescimento preocupante da informalidade, com hediondo comprometimento das condições de trabalho pela contrarreforma trabalhista e a certeza de agravos

profundos na saúde do povo pela contrarreforma previdenciária de Bolsonaro.

Toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação e a essência das coisas coincidissem imediatamente.

(MARX, 1983-1985)

Se Marx realmente foi assertivo ao formular sobre a alienação —, e acredito que foi —, entendendo que a aparência esconde a essência e que cabe à ciência a revelação desta, haveria nessa pesquisa a oportunidade de desvelar questões sobre o controle social, realizar um balanço qualificado e uma autocrítica a fim de lançar bases para uma nova organização de lutas que vá de fato ao encontro das contradições do SUS e, por que não, das contradições da sociedade brasileira.

Porém, ao dar início às entrevistas, percebi pelas expressões de vários dos participantes que isso poderia não ocorrer. O que mais me marcou talvez tenham sido as reações oriundas de uma seção do questionário que classificava a efetividade do CS em garantir certos direitos e conquistas. Cabe um destaque aos olhares. Se era uma dupla ou trio, os entreolhares. Por vezes, um levantar de sobrancelhas, um semblante de incerteza, balançando a cabeça para os lados... Quase que como uma confiança, segura de que o relato que eles apresentavam não constaria naquele documento de múltipla escolha. Em seguida, numa espécie de voto de confiança, constrangida de duvidar desse espaço que carrega tantas memórias e, de certa forma, em fidelidade às lutas que têm sido construídas há mais de 30 anos, desde as mais embrionárias movimentações da RSB, boa parte das pessoas respondiam que sim, aprovando tanto a atuação do CS nessas últimas três décadas enquanto meio para garantir certos avanços na qualidade do atendimento, condições de traba-

lho na saúde etc., quanto para apostar que esse evento seria um marco importante de resistência ao governo de extrema direita recém-eleito. Alguns indivíduos iam mais além, de fato evidenciavam suas sinceras dúvidas quanto à influência dessa conferência nos rumos das políticas públicas da Saúde, entendendo os diversos indícios de certas rupturas democráticas que o governo Bolsonaro acenava, cabendo aqui a ressalva de que não se trata de nada novo um governo federal ignorar as formulações do controle social. Afinal, diversos dos retrocessos citados acima ocorreram também, e principalmente, nos governos do Partido dos Trabalhadores.

O homem coletivo sente
a necessidade de lutar

O orgulho, a arrogância, a glória

Enche a imaginação de domínio

São demônios os que destroem o
poder

Bravio da humanidade (SCIENCE,
1994)

Em meio a essas reações, em vista daqueles que entrevistei, tornou-se impossível não evocar uma das mais brilhantes composições do brasileiroíssimo Chico Science, Monólogo ao pé do ouvido: “o homem coletivo” — com isso entendendo o puro machismo da língua, momento histórico e a licença poética do autor, mas referindo-se aos seres humanos — “sente a necessidade de lutar”. Tomando ainda mais liberdade, ousou acrescentar que o ser coletivo, nesse momento crítico do Brasil (momento esse que dialoga e em nada fica atrás de outros momentos decisivos para a libertação da classe trabalhadora em tantos outros lugares do mundo que lograram magnífica emancipação, seja em terras russas, cubanas, vietnamitas ou chinesas) sente a necessidade da luta verdadeiramente emancipatória, que rompa com o imobilismo da institucionalidade e que percebe que nossa luta já

não mais cabe nesse espaço, embora perpassasse por ele.

Assim, segue fundamental a defesa das grandes e inegáveis conquistas trazidas pela criação de nosso SUS, com notável avanço no oferecimento serviços de saúde e na prevenção de inúmeras morbidades e seus agravos, outrora relegados a pequeníssima parcela da população empregada. Porém, diante do grave processo de desmonte e parasitismo do setor privado que esfacela estruturalmente o SUS, nossa mobilização deve extrapolar essa defesa, se entendermos que os avanços monumentais alcançados até aqui estão imersos numa sociedade capitalista que cotidianamente nos adocece —, seja pela exploração do trabalho ou pela negação das mínimas condições de vida e saúde adequadas para a maioria esmagadora da população, —, logo, esses avanços são meras migalhas em comparação à superação dessas contradições, rumo ao Socialismo.

Assim, a estratégia socialista de luta, por todo o exposto acima, nada tem de utópica se comparada à esperança de um SUS que cumpra plenamente seus pilares de universalidade, integralidade e equidade da forma como foi elaborado e sob o jugo desta sociedade regida pelo Capital.

REFERÊNCIAS:

- AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268p.
- S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec-Cebes, 1988a. p. 179-194.
- GALEANO, E. **As Veias Abertas da América Latina**, Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1993.
- GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 461 p.v.5.
- LENIN, W. I. **O Estado e a Revolução**. Hucitec, 1983
- MARX, Karl. **O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte**. São Paulo: Centauro, 2006.
- MARX, Karl. **O Capital; crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983-1985. 3v.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** (online). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.
- TUBERO, T. Z. **Movimento Sanitário: o SUS, debates e críticas**. São Paulo: UNICAMP; Campinas, 2011.

A NACIONAL DE SAÚDE GRACIA E SAÚDE



foto: acervo autores - Residentes pesquisadores

A DEFESA DO SUS COMO EIXO TRANSVERSAL DA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – PROTAGONISMO DE RESIDENTES NA 16ª CNS

Camila Lima Nogueira³

Etel Matielo⁴

Francisca Maria Carvalho Nascimento⁵

Oswaldo Peralta Bonetti⁶

*Sonho que se sonha só é apenas sonho,
mas Sonho que se sonha junto é realidade
(ONO, 1972).*

APRESENTAÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) da Fiocruz Brasília é fruto de diálogo entre os movimentos sociais do campo do Distrito Federal e o Programa Saúde, Ambiente e Trabalho - PSAT da Fiocruz Brasília. O PRMSFSPC apresenta como pressupostos a formação em serviço referenciada no compromisso com a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, Floresta e Águas, com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ambas compreendidas como potenciais para transformação do modelo de saúde, no caminho da integralidade.

O programa com ênfase na saúde da população do campo é o segundo com esta especificidade de território no país e o primeiro da Fiocruz no contexto nacional. Sua primeira turma foi instituída em março de 2019 e conta com 16 residentes, de sete categorias profissionais da área da saúde [4]. O relato em tela provém do diálogo resultante das reflexões de duas residentes do programa sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

A DEFESA DO SUS COMO ELEMENTO ESTRUTURANTE DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Construir um programa de residência embasado na premissa da promoção da equidade em saúde é um desafio permanente e implica fomentar processos de gestão participativa em que todos os atores envolvidos no programa possam ter oportunidades de aprender, ensinar, refletir e construir

³ Residente do PRMSFSPC da Fiocruz Brasília

⁴ Coordenação Pedagógica do PRMSFSPC da Fiocruz Brasília

⁵ Coordenador Adjunto do PRMSFSPC da Fiocruz Brasília

⁶ Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social.

o caminhar do ensino/aprendizagem. Por isso, seu percurso pedagógico/metodológico propõe uma pedagogia contextualizada no cotidiano do trabalho e do processo educativo, envolvendo território, serviço e demais espaços do processo de formação. Essa metodologia requer a interação de diversos saberes profissionais, formações, métodos, assim como uma variedade de dinâmicas e práticas pedagógicas participativas, populares, lúdicas, vivenciais e interativas, para propiciar a inclusão dos residentes no processo de aprendizagem em serviço, buscando torná-los protagonistas na construção de novos saberes e práticas.

Uma das intenções e inovações desse programa de residência é inserir na formação a percepção de que saúde não se faz somente na Unidade Básica de Saúde, mas sim difundir a percepção e a compreensão de que todo o território é espaço de saúde, com suas diferentes características, instituições, movimentos. Essa é uma desconstrução importante em um processo de formação que integra teoria e prática cotidianamente, e se apresenta como certo imperativo ético às equipes de saúde que atuam nos territórios do campo, floresta e águas, pois nestes é explícita e direta a correlação entre os meios de produção, o acesso a bens e serviços, enfim, os modos de vida e vivência do território com a saúde das populações que as habitam.

Uma outra dimensão estruturante do programa é a busca da inserção dos seus educandos na promoção e no exercício da participação e do controle social em saúde, tanto a nível dos respectivos territórios onde atuam, como também nas lutas do setor no âmbito nacional e distrital. O objetivo é fortalecer o sentido de pertencimento dos residentes nas lutas em defesa do SUS, construção de grande valia e necessidade, sendo que se percebe que atualmente a grande maioria dos jovens trabalhadores da saúde desconhecem as lutas, os processos de resistência, a historicidade da construção

do grandioso sistema universal que possuímos em nosso país e que atualmente enfrenta grandes ameaças.

Foi nesse cenário que a Fiocruz Brasília estabeleceu uma profícua parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) no processo de realização, formulação, planejamento e execução desse importante espaço da política pública de saúde. Contexto no qual nos foi proporcionada a aproximação e o protagonismo na implementação da Pesquisa Nacional Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, promovida pelo CNS em parceria com a Associação Brasileira da Rede Unida.

Assim, os residentes foram estimulados a participar das atividades de construção da 16ª Conferência Nacional de Saúde, da pré-conferência regional, de mobilizações em defesa do SUS e de atividades de integração com outros programas de residência. Especialmente pautada nesses, ideais a Coordenação Político Pedagógica da Residência viu na pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde uma forma de integrar a participação na 16ª CNS e aproximar os residentes de uma pesquisa participativa, construída em ato e comprometida com o fortalecimento da participação social no SUS.

Os 16 residentes de pronto aceitaram o desafio, com as dores e delícias de participar de um momento histórico do SUS. E logo se destacaram nos questionários e na abordagem carinhosa e cuidadosa dos participantes, nas entrevistas qualitativas com atores chaves da participação social e na observação participante dos diferentes momentos.

Essa pesquisa tem sido diferente e potente em todos os aspectos. Quando se imaginaria que conselheiros de saúde poderiam ser pesquisadores? Pois são! Sua proposta foi concebida no interior

do Conselho Nacional de Saúde e partiu do desejo de conhecer profundamente os sujeitos que constroem a participação no SUS e de sistematizar evidências da relevância e abrangência do processo participativo.

Mas uma pesquisa só é pouco, e assim surgiu a ideia de uma pesquisa em movimento e de um processo contínuo que pudesse durar até a próxima conferência, no caso em 2023, e com possibilidade de diferentes sujeitos pesquisarem os dados e informações produzidos.

Uma pesquisa recheada de princípios da educação popular em saúde e na qual é importante reafirmar:

Diálogo: para Paulo Freire o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos (FREIRE, 2005). O diálogo foi o ponto forte da pesquisa, desde sua elaboração compartilhada por mais de 100 pessoas até sua aplicação durante a conferência. Como relata uma das residentes:

“Mais uma vez grata pelo momento vivido. Foi cansativo, foi. Mas também foi cheio de descobertas, cheio de diálogos, cheio de vida, cheio de política, de fé, de esperança, de arrepios e, principalmente, de RESISTÊNCIA.”

Amorosidade: para a PNEPS-SUS é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas (BRASIL, 2013). E a pesquisa potencializou uma ampliação de olhares dos residentes, bem como a percepção de suas potencialidades e seus talentos. Conforme o relato:

“Quando perguntados sobre o futuro do SUS, todos responderam positivamente e esperançosamente, e isso me deu ener-

gia para continuar defendendo-o sempre. Acho que me descobri nas entrevistas, minha área é realmente a comunicação. E juntar comunicação com saúde aquece meu coraçãozinho”.

Que boniteza é essa! Uma pesquisa que desperta desejos nos pesquisadores.

Problematização: a problematização pressupõe práticas em saúde pautadas na leitura crítica da realidade. Pesquisar em ato, no cenário de descaso e pouca estrutura em que aconteceu a conferência potencializou a problematização dos pesquisadores:

“Refleti várias vezes sobre o quanto a falta de investimento por parte do governo enfraquece um evento dessa magnitude. As pessoas mais dispostas a estarem em um momento histórico de participação social já não estarão na próxima, porque vivenciaram uma conferência sem estrutura física adequada para dar suporte a cinco mil pessoas”.

Houve também a percepção da resiliência que garantiu a superação de todos os obstáculos:

“No entanto, depois de um dia inteiro de aplicação dos questionários, percebi o quanto as pessoas estão dispostas a resistir. A cada entrevista feita, um fio de esperança de que a união em prol do objetivo de fortalecer o SUS se constrói, e dane-se o dinheiro do governo... quem faz o país andar somos nós, o POVO”.

A própria (des)estrutura da pesquisa também foi objeto de problematização:

“Confesso que o desenvolvimento da pesquisa não é exatamente como pensei. Achei fosse rolar um revezamento e por isso chamaram tantas pessoas, mas foi o dia inteiro, e isso pesou um pouco”.

Mas novamente a superação, tanto de pesquisadores quanto de pesquisados, apontou a participação como caminho:

“Achei incrível toda essa mobilização em prol da saúde. Ver pessoas de todos os estados se reunindo para discutir melhorias. Isso me faz ter esperança de que o SUS tem um lindo futuro! Ah! E sobre as entrevistas, tudo mudou rapidamente. De repente, fechei o dia entrevistando o professor Emerson Merhy juntamente com o Otavio, meu amigo residente e foi incrível! Talvez esse o caminho. Vamos ver o que nos aguarda nos próximos dias”.

Construção compartilhada do conhecimento: Segundo a PNEPS-SUS, consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (BRASIL, 2013). A pesquisa também incluiu a participação na conferência, por mais exaustiva que tenha sido, o que aumentou as chances de os pesquisadores conhecerem diferentes pessoas, culturas e práticas de saúde.

“Aproveitei uma brecha para usufruir um pouco da conferência, visitei a Plenária, acompanhei o processo de votação, que por sinal é muito interessante, e fui até a tenda do Paulo Freire. Lá, resolvi entrar na fila da benzedeira e fui benzida. Pronta pra próxima.

No momento de benzer, vi o poder da energia que uma pessoa pode passar para outra. Em seu cantinho, em suas palavras não identificadas, em seus gestos, em cada momento daqueles minutinhos consegue sentir a energia emanada. Como seria bom ter uma delas em todas as

UBSs. Trabalhar para pelo menos a que atuo possa pensar sobre a possibilidade.”

“Dentre as pessoas que conversei, estavam um trabalhador do Piauí, um usuário do Rio Grande do Sul e, um trabalhador e um usuário do Ceará. Quase um intercâmbio nacional sem sair de Brasília.”

Emancipação: a emancipação, para Paulo Freire e a PNEPS-SUS se constrói coletivamente e busca a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

A partir dessa perspectiva, a pesquisa despertou os pesquisadores para uma outra saúde, um outro SUS e para necessidade permanente de mobilização em sua defesa.

“Precisamos entender mais e aceitar que o Sistema Único de Saúde é amplo e que saúde não é somente o que aprendemos na academia. Entender que ele é integrativo, e que integrar significa abrir os olhos para práticas que acontecem além dos consultórios. E que é preciso, sempre, defendê-lo.”

“Mas, para além da pesquisa, consegui perceber o quanto a participação social é democrática. Da representante usuária, diarista, beneficiária do Bolsa-Família, ao representante gestor, médico, com salário de mais de 20 mil reais, todos estavam ali, no mesmo lugar, com mesma importância de voto, mesma voz e desejando o mesmo: um SUS efetivo e fortalecido. Achei essa experiência extraordinária!”

Compromisso com a construção do projeto democrático e popular: A conferência como um todo e a pesquisa reafirmam o compromisso com a cons-

trução de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, pois congregaram as lutas sociais e a defesa da garantia do direito universal à saúde no Brasil. E novamente os relatos das residentes são inundados deste compromisso:

“A cada entrevista feita, um fio de esperança de que a união em prol do objetivo de fortalecer o SUS se constrói, e dane-se o dinheiro do governo... Quem faz o país andar somos nós, o POVO”.

“Mais uma vez, grata pelo momento vivido. Foi cansativo, foi. Mas também foi cheio de descobertas, cheio de diálogos, cheio de vida, cheio de política, de fé, de esperança, de arrepios e, principalmente, de RESISTÊNCIA”.

“Hoje foi o último dia de conferência. Foram dias maravilhosos, intensos, com uma alta carga de conhecimento e experiências. Me sinto no momento muito cansada, mas muito feliz com essa oportunidade”.

“Em 2014, no primeiro semestre da faculdade, eu me lembro de estudar a 8ª Conferência. Encantei-me pela Saúde Pública ali mesmo e cá estou eu, oito edições depois na CNS e ainda como nutricionista, residente, pesquisadora e entrevistadora. As coisas realmente têm seu tempo pra acontecer e eu não poderia estar mais satisfeita em estar aqui e agora”.

REFERÊNCIAS

BONETTI, O. P.; ODEH, M. M.; CARNEIRO, F. F. Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. **Interface (Botucatu)** [online], v. 18, suppl 2, jan. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0504>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 17 jan. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

_____. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.



16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DEMOCRACIA E SAÚDE
Brasília, DF, 4 a 7 de agosto de 2015

CNS Conselho Nacional
de Saúde



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde

UM POR TODOS E TODOS POR UM

Jamilly Katielen Machado Floriano⁷

Tomei conhecimento da existência e importância das Conferências e Conselhos de Saúde quando iniciei minha jornada acadêmica, e assim acabei criando uma admiração pelo SUS, e defendê-lo se tornou um dos meus ideais.

Desde então tive muita curiosidade sobre a conferência e como ela funcionava. Quis ir além dos relatos e das histórias que ouvi; participar desse momento e desfrutar de todas as experiências que a conferência poderia me proporcionar. Sendo assim, poder participar da Conferência Nacional tornou-se um objetivo crucial em minha jornada acadêmica e pessoal, dando início a uma incansável busca por meios de participar da 16^o edição.

A realidade em que é retratada a saúde no Brasil, principalmente através da mídia, me fez por vezes questionar a atual situação da saúde em nosso país e quais seriam as possíveis soluções para as demandas levantadas. Aprendi no meio acadêmico que dados epidemiológicos e pesquisas que trazem grandes comprovações acabam por abrir portas para novas soluções, deixando mais evidente a realidade e, conseqüentemente, a necessidade de tomar as providências corretas. Toda essa fagulha do esforço da pesquisa acende em mim a vontade de ser uma pesquisadora e fazer minha parte como futura profissional da saúde para poder transformar realidades.

Quando surgiu a chamada pública para ser pesquisador na conferência, vi nessa chamada uma grande oportunidade para realizar esse objetivo, além disso, eu iria juntar minha paixão pela pesquisa ao enorme desejo de estar na conferência. Realizei minha inscrição e aguardei ansiosamente para conseguir um lugar.

Eu estava participando do projeto Sérgio Arouca quando o resultado sobre a minha seleção foi anunciado, e naquele momento transbordei de alegria e pude compartilhar a emoção com todos

⁷ Fonoaudiologia: Universidade do Vale do Itajaí.

que estavam ali, tendo em vista que se trata de um projeto que aproxima os acadêmicos a realidades de saúde pública de cidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). E cada passo que eu dava na academia participando de projetos como esse me aproximavam cada vez mais do sonho de participar da luta pela conquista de direitos para o SUS.

Meu objetivo foi realizado: além de participar da Conferência Nacional de Saúde, pude participar como pesquisadora, o que acabou me proporcionando sentimentos únicos em cada momento do evento.

A conferência é caracterizada pela luta por direitos e ideais da saúde, e conforme o evento ocorria ficava mais claro o descontentamento com a atual situação do cenário político brasileiro, e a voz popular tornou-se fortemente presente e inspiradora pela defesa de medidas justas na área da saúde.

Toda essa luta é para quem a vive angustiante e ao mesmo tempo motivadora, e Gasparello (2017) define esta luta como “um processo que não ocorre de cima para baixo, mas uma conquista conjunta, coletiva, que exige respeito, diálogo e poder de decisão a todos que participam dessa caminhada.” E eu poderia continuar citando inúmeros autores que descrevem o humanitarismo dessa luta, porém, logo após admirar todo esse movimento, iniciei uma nova reflexão sobre o real motivo dessa luta e cheguei à conclusão que todos estavam completamente divididos pelo partidarismo. Meu encantamento desabou e fui tomada pelo medo, pois cada grupo assumiu o seu lado e não tinham mais o mesmo objetivo, só sabiam defender pessoas e partidos, e não direitos.

Não quero dizer que temos que ser neutros, mas que temos que priorizar aquilo que realmente vai ser bom para o país de acordo com a realidade que vivemos, e mesmo que nessas decisões haja

contradição, não devemos ser fanáticos por um único pensamento ou por uma pessoa. Paulo Freire, (1987) diz que a conscientização livra o povo de “fanatismos destrutivos”, mas guia-os a evitar os fanatismos e o insere na busca de sua afirmação.

A minha reflexão sobre esse momento foi que algumas pessoas perderam o sentido do objetivo das conferências, e usavam aquela força esplendorosa para defender seus ídolos, quando na verdade devíamos nos defender dos desmontes que estão destruindo o nosso Sistema Único de Saúde.

Além disso, eu não ficaria presa somente naquele momento, mas estava prestes a iniciar a pesquisa para a qual criei tantas expectativas, afinal eu iria conhecer pessoas de todos os estados que possuíam o mesmo anseio que eu e viviam em realidades diferentes da minha. E só posso dizer que foi incrível. Cada pessoa era singular e magnífica em sua cultura e suas características, e por mais que as perguntas da pesquisa fossem fechadas, os pesquisados sempre justificavam suas respostas da maneira mais comovente possível. Era possível sentir a vibração em cada um. Claro que alguns estavam ali talvez por status ou obrigação, mas a maioria estava levantando a bandeira do seu estado, defendendo com afinco o direito da região a qual representava. Tive a honra de contemplar olhares brilhantes por estarem ali e ao mesmo tempo olhares cansados, pois haviam feito uma viagem longa para chegar, mas ainda assim estavam firmes, para concretizar a tão preciosa luta pelos direitos.

Nós, pesquisadores, chegamos no dia da abertura como se estivéssemos numa corrida para alcançar o maior número de pessoas em menor tempo e alcançar a meta do dia. Porém, lá pelo terceiro ou quarto dia percebemos que essa era uma corrida que um não podia chegar primeiro que o outro, mas que todos tínhamos que chegar juntos para o sucesso coletivo. E toda aquela energia nos

contagiou; estávamos cansados, mas não desanimados. Seguimos até o último dia, e quando este dia chegou, pudemos comemorar juntos a vitória, pois não teríamos conseguido se não estivéssemos unidos.

O que levo de tudo isso é que a participação social não é feita por uma pessoa ou duas e só tem resultados quando nos unimos e vamos juntos para a linha final, não querendo ser um maior que o outro, mas querendo ser equânimes em conquistar aquilo que é dever do Estado e direito de todos.

REFERÊNCIAS

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GASPARELLO, A. M. A produção de uma disciplina escolar: os professores/autores e seus livros didáticos. **Revista Brasileira De História Da Educação**, v. 3, n. 33, p. 147-177, 2017.



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde

RELATO DE EXPERIÊNCIA, ENCONTRO E AFETO NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Marcelo Pereira Gonçalves

*A experiência é o que nos passa,
o que nos acontece, o que nos toca.
Não o que se passa,
não o que acontece, ou o que toca
(BONDÍA, 2002)*

A participação como pesquisador convidado na 16ª Conferência Nacional de Saúde foi uma experiência imensurável que aguça ainda mais, a luta pela garantia da democracia e de direitos básicos, sem perder de vista as conquistas ao longo desses anos desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inevitavelmente nos remete à 8ª Conferência que, também é um marco na história, tanto por ser a edição marcada pela participação popular quanto por sua influência e relevância, posteriormente na criação e consolidação do SUS.

Em 2011, ao ingressar no curso de Educação Física Bacharelado na UNIFESP Campus-Baixada Santista, que tem na grade curricular uma formação interdisciplinar voltada para a modalidade Saúde e o SUS, destaque para o eixo Trabalho em Saúde, que ampliou minha visão do Sistema Único de Saúde (SUS). Aliado a isso, foi possível ainda vivenciar a produção de narrativas, visitas programadas com usuários e agentes comunitários de saúde, participar de grupos na discussão de casos no projeto terapêutico singular e na realização do trabalho junto às equipes de saúde.

O interesse em compor a 16ª Conferência Nacional de Saúde também é fruto da participação como monitor no 12º Congresso da Rede Unida em Campo Grande/MS, que através das vivências durante o evento despertou ainda mais meu interesse em conhecer outras realidades da saúde pública no Brasil.

Atualmente cursando a pós-graduação e tendo como tema de estudo, a percepção do usuário em relação à Atenção Primária em Saúde, a participação na pesquisa durante a 16ª Conferência foi oportuna, porque antecedeu minha entrada em campo para iniciar a coleta de dados do mestrado, que teve início posteriormente ao evento em Brasília. Cabe ressaltar que o contato com delegados e convidados no decorrer do evento provocou muitas inquietações que até hoje continuam reverberando, além de possibilitar deslocamentos não só dos corpos pelo espaço físico, como também o deslocamento de ideias pelas trocas intensas durante a coleta de dados.

A oficina/reunião de formação antes do início do evento e o primeiro contato com os instrumentos da coleta de dados (questionários e entrevistas semiestruturadas) foram essenciais para manter alinhados o compromisso e a relevância da pesquisa, considerando-se o grande número de pessoas envolvidas no processo, a originalidade na temática do controle social em saúde, e também a expectativa do Conselho Nacional de Saúde.

Nas palavras de Bondía (2001, p. 26):

Definir o sujeito da experiência como sujeito passional não significa pensá-lo como incapaz de conhecimento, de compromisso ou ação. A experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética. O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis. O que ocorre é que se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e de uma práxis distinta daquela da técnica e do trabalho.

Para relatar essa experiência vivida na 16ª CNS podemos citar diversos verbos, registrar, perguntar, conversar, absorver, acolher, encontrar, afetar, esperar, escutar... e conhecer pessoas de diferentes regiões do Brasil.

Durante a aplicação do questionário uma das perguntas era em relação ao sentimento do entrevistado na chegada ao evento, se ele estava sentindo-se esperançoso ou cético, trazendo Paulo Freire para enriquecer nosso relato:

Há uma relação entre a alegria necessária à atividade educativa e a esperança. A esperança de que o professor e alunos juntos podemos aprender, ensinar, inquietar-nos produzir e juntos igualmente resistir aos obstáculos a nossa alegria. Na verdade, do ponto de vista da natureza humana, a esperança faz parte da natureza humana. Seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, primeiro o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo, se buscasse sem esperança. (...) a esperança é um condimento indispensável à experiência histórica (FREIRE, 2007, p. 72).

Neste momento tão nebuloso e de tantas incertezas na atual conjuntura, se faz necessário, otimizar e ocupar espaços como o da 16ª Conferência Nacional de Saúde, sem dúvidas essa experiência foi revigorante e significativa para minha formação, pois, possibilitou ampliar as formas de ser, estar e fortalecer nossa rede de luta em prol de um SUS cada vez mais humano. Cabe destacar a relevância da participação popular que, aponta como um dos caminhos para o fortalecimento de espaços democráticos.

Acredito que na 16ª Conferência nossa potência de agir, produzir, afetar e ser afetado é elevado

pela potência relacional dos encontros das diferentes regiões e suas pluralidades, culturas, sotaques, tradições, crenças, ampliando e modificando nossa visão em relação aos diferentes modos de produzir e reexistir a saúde pública no Brasil. Contemporaneamente absorvidos pelo modo de vida digital, com excesso de informações cada vez mais rápidas, em uma busca incessante por novas informações, quase anulamos o tempo para a reflexão, nos tornando menos permeáveis ao tempo da experiência, da espera, da escuta. Segundo Jorge Larrosa Bondía sobre a experiência e o sentido que lhe damos:

O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. De fato, a experiência é uma espécie de mediação entre ambos. É importante, porém, ter presente que, do ponto de vista da experiência, nem “conhecimento” nem “vida” significam o que significam habitualmente. Atualmente, o conhecimento é essencialmente a ciência e a tecnologia, algo essencialmente infinito, que somente pode crescer; algo universal e objetivo, de alguma forma impessoal; algo que está aí, fora de nós, como algo de que podemos nos apropriar e que podemos utilizar; e algo que tem que ver fundamentalmente com o útil no seu sentido mais estreitamente pragmático, num sentido estritamente instrumental (BONDÍA, 2001, p.27).

A potência dos encontros com os pares que estão nas diversas regiões do Brasil, lutando por um Sistema Único de Saúde cada vez mais humano e qualificado, foi e, é renovador, trazendo ainda mais sentido em minha atuação profissional com jovens de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, possibilitou também o entendimento sobre o trabalho em redes de saúde, com a finalidade de assegurar a participação popular, desenvolvimento

social, cidadania e acesso a bens e serviços no âmbito das políticas de proteção social, de forma integrada às demais políticas setoriais.

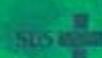
REFERÊNCIAS

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.



Tenda
PAULOFREIRE
SUS EmCena



EDUCAÇÃO POPULAR



SAÚDE E DEMOCRACIA: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO OBJETO DE PESQUISA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lígia Maria Carlos Aguiar⁸

⁸ Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal- ESCS DF

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto das vivências concernentes à participação no grupo de pesquisa constituído na 16ª CNS. A pesquisa “Saúde e Democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª conferência nacional de saúde” teve como propósito ampliar a compreensão do processo de participação social em saúde associado à Conferência e seus desdobramentos, abraçando como objetivo traçar o perfil dos atores envolvidos com o controle social do SUS.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é estabelecida constitucionalmente como um direito de todos e um dever do Estado. Esse direito é fruto de um processo de luta pela redemocratização ocorrido no País após longo período ditatorial e da atuação do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que resultaram na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988. A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e foi regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, considerada uma complementação à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), que define duas instâncias colegiadas de participação da comunidade, as Conferências e os Conselhos de Saúde, que devem ser instituídas em cada uma das três esferas de governo – municipal, estadual e federal (RICARDI; SHIMIZU, 2017).

As conferências e conselhos são instâncias de materialização do controle social em saúde. Para Souza, Ferreira e Oliveira (2019), controle social é a capacidade que a sociedade organizada tem de atuar nas políticas públicas, em conjunto com o Estado na luta pela efetivação dos direitos, necessidades e interesses, que só podem ser conquistados coletivamente. Tem-se, portanto, que o controle social se constitui num mecanismo demo-

crático para que a população possa lutar pela concretização dos seus direitos (SOUZA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019). Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido de estas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento “econômico corporativo” ao “ético-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas (SOUZA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

A experiência com os dispositivos institucionais de participação criados pela Lei 8.142, de 1990, demonstra não ter produzido os efeitos esperados no que diz respeito às expectativas que conselhos e conferências mobilizaram como instrumentos de democratização da gestão das políticas de saúde (GUIZARDI, 2015). A participação social na saúde, mais precisamente o imenso e fervilhante contingente de pessoas que integram os conselhos e acorrem às conferências de saúde, é um dos cartões postais do Sistema de Saúde Brasileiro. Embora seja referência, ainda existem inúmeros desafios a serem vencidos pela participação social em saúde quando se analisa o potencial de inovação que ela “promete” (COSTA; VIEIRA, 2013).

A literatura da área tem indicado, com significativa convergência, um conjunto de problemas que permanecem não superados, particularmente em relação à experiência dos conselhos de saúde. Destacam-se nesse sentido aspectos como: a baixa representatividade; problemas de infraestrutura, associados à pouca autonomia em relação ao poder executivo; a prevalência da agenda e dos interesses do segmento de gestores; a tendência à reprodução das relações de força que caracterizam o exercício do poder. Nesse ponto, contudo, um esclarecimento impõe-se de antemão: o exercício de reflexão crítica não desconsidera nem a

magnitude, nem a relevância dessa experiência de controle social (GUIZARDI, 2015).

Identificou-se que as Conferências não têm sido estratégicas em alguns aspectos, pois muitas vezes falta continuidade, falta reflexão sobre a própria gestão do sistema e falta monitoramento e avaliação. Isso não significa que a Conferência não tenha potência e que não pautar a gestão do SUS, mas, sim, que essa instância precisa ser reavaliada, a fim de garantir maior efetividade e fortalecimento dos processos participativos no SUS e em outras políticas públicas, com a população e as trabalhadoras e os trabalhadores empoderados, pautando e construindo coletivamente com a gestão os rumos para a garantia do direito à saúde e para o fortalecimento da democracia (RICARDI; SHIMIZU, 2017).

As políticas de ajuste econômico e a focalização das políticas sociais, que resultaram no subfinanciamento da saúde, conduziram o controle social ao permanente debate e negociação sobre o financiamento do sistema. Os conselhos e as conferências de saúde foram deslocados de seus papéis originais de formulação das diretrizes políticas e de monitoramento dos programas e metas sanitárias. Nessa condição, o papel decisório das instâncias de participação social tornou-se menos relevante do que o do espaço de debate e articulação estratégica de defesa dos princípios do SUS (COSTA; VIEIRA, 2013).

Sob esta perspectiva, percebe-se a construção da 16ª Conferência Nacional de Saúde como uma expressão de tal panorama, uma vez que contraria o histórico de consideração da intersectorialidade e a garantia da participação social na saúde. A 8ª+8 se deu em um contexto de desmonte dos mecanismos de controle social imposto pelo governo de Jair Bolsonaro através do Decreto nº 9.759/2019, sendo símbolo de resistência diante das tentativas de esvaziamento e dificuldades de financiamento

impostas pela conjuntura política decorrente da situação reacionária vivenciada pelo País. Ainda assim, a 16ª CNS se concretiza e, consigo, emerge a inovação de ter a ciência permeando a participação social ao torna-la objeto de pesquisa com a participação de um grupo plural e comprometido com a defesa do SUS. É o impacto desta vivência que este trabalho tentará retratar.

PESQUISA “SAÚDE E DEMOCRACIA: ESTUDOS INTEGRADOS SOBRE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE”

A graduação em enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, uma instituição pública de ensino superior vinculada à Secretaria de Saúde do DF (SES DF), oportunizou-me desde o início a apropriação sobre as fragilidades e potencialidades do SUS e, dessa forma, a participação ativa no controle social enquanto representante do movimento estudantil de enfermagem (MEEenf). Esse cenário me levou ao interesse de vivenciar a 16ª CNS e, felizmente, à seleção para a equipe de pesquisa. O primeiro impacto dessa ação inovadora e imprescindível de tornar a participação social objeto científico foi o de encontrar um coletivo comprometido com a construção e a defesa do SUS, e também com um projeto de sociedade justa e igualitária. O grupo de pesquisa se tornou um círculo de acolhimento, compartilhamento da alegria de estar participando ativamente de um momento histórico para o controle social da saúde – o resgate da VIII CNS -, divisão de angústias com o momento político e, principalmente, consolidação da esperança de uma centena de militantes de que é possível contribuir honestamente com a concretização da saúde universal.

Ser parte da equipe de pesquisa, colaborando no instrumento objetivo que verificou o perfil dos participantes da conferência, possibilitou-me observar

a ambiguidade entre a pluralidade das pessoas que compuseram o espaço, dentro de suas individualidades, e o fato disso não refletir a representatividade dos diversos movimentos sociais que precisam se afirmar no controle social da saúde para garantir a equidade. Durante as entrevistas, foi possível notar o volume de cidadãos e cidadãs abarcadas pelo que pode facilmente ser compreendido em três grandes grupos, característicos da situação reacionária na qual se encontra o País: indivíduos aproximados à ideologia conservadora; pertencentes ao campo religioso evangélico e figuras públicas que exercem, disputam ou já disputaram cargos políticos – estes, sobretudo, oriundos dos municípios.

Nessa senda, a predominância de um coletivo alinhado ao atual panorama político revelou a apropriação da participação social pelos interesses hegemônicos. Precipuamente no que tange às questões sobre orientação sexual e identidade de gênero, foi comum observar a manifestação de discriminação contra a população LGBTQIA+, além da prática recorrente de assédio às pesquisadoras - bem como notar que a maior parte das pessoas que desconhecia os termos referentes à temática e externava preconceito se tratava de homens brancos heterossexuais e pessoas evangélicas. Ademais, a presença intensa de figuras políticas demonstrou o empenho do governo em garantir a representação de seus interesses, fazendo frente ao pensamento progressista sempre afirmado nos ambientes de controle social, sobretudo da saúde, dado o histórico no qual se constituiu.

Para ratificar esse panorama, Guizardi (2015) afirma que a fragilidade da democracia em nossa história republicana deixou marcas profundas e dolorosas, reificadas no cotidiano de nossas instituições e práticas sociais. A conjuntura atual de crise política, catalisada pela última eleição presidencial de 2014, trouxe à cena uma realidade que os anos de Constituição Cidadã não conseguiram

transformar: somos uma sociedade autoritária e violenta, que naturaliza desigualdades, injustiças e opressão social (GUIZARDI, 2015).

A construção de instituições democráticas, como aquelas que temos forjado na área da saúde, revela-se entremeada por essas características e pela cultura política que as atualizam. Considerando esse fato, avaliamos que o potencial democrático dos conselhos e das conferências precisa ser reposicionado, não mais na conformação, fechada, destes dispositivos, mas nas articulações e ressonâncias que são capazes de engendrar, como espaços públicos, porosos e plurais (GUIZARDI, 2015). Para isso, precisamos tornar porosos conselhos e conferências, produzir com, e a partir deles, movimentos que extrapolem suas fronteiras, aproximando a participação política na saúde da vida cotidiana das pessoas e, inclusive, do cotidiano dos serviços de saúde que compõem a rede do SUS (GUIZARDI, 2015).

Sob esta perspectiva, ressalto a relevância da presença da juventude no maior evento de controle social do País, principalmente dos jovens organizados no movimento estudantil (ME), e também das mulheres – grupos de vanguarda nos movimentos sociais de oposição ao retrocessos pautados contemporaneamente. Enquanto mulher que faz parte do ME no Centro Acadêmico de Enfermagem da ESCS (CAEnf-ESCS), entidade atualmente ativa como articuladora da organização do ME-Enf no Distrito Federal, e componente do MEEenf Nacional pela Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem, percebi, especialmente, a atuação dos estudantes da categoria na conferência. A demonstração do ímpeto de luta em defesa do SUS a partir da perspectiva do cuidado foi marcante, assim como foi possível observar a repercussão de fragilidades comuns a todos os movimentos sociais no que diz respeito à horizontalidade da participação e transversalidade dos debates – os quais devem se originar nas bases representativas

e serem levados pelas representações aos grandes fóruns de participação.

Esse contexto de desarticulação tem se mostrado um padrão nos movimentos sociais, como uma repercussão da necessidade de reorganização do espectro político progressista. Os representantes dos usuários se originam, em sua maioria, de locais ideologicamente parecidos, normalmente alinhados à esquerda, identificados na esfera da luta por justiça social. Mesmo assim, todavia, essa aproximação ideológica não tem conseguido expressão na representação de usuários que viabilize a construção de um projeto político comum. O que se observa é que, pelo contrário, esses grupos têm se utilizado desses espaços para tentar delimitar cada vez mais as suas diferenças de ideias, o que dificulta a articulação e a construção de consensos de posicionamentos para o interesse coletivo. A presença de tensão política no interior dos conselhos de saúde tem mostrado que este é mais um espaço das disputas partidárias da política tradicional (COSTA; VIEIRA, 2013), o que reflete nas conferências e, portanto, na construção das propostas que subsidiarão a gestão da saúde.

Nessa concepção, durante os diálogos com delegados e delegadas também foi possível observar a dificuldade de compreensão dessas pessoas acerca do real papel que exercem como representantes da sociedade na gestão compartilhada e participativa do sistema de saúde. A sublimação das demandas locais, deslocada do entendimento consciente e crítico sobre o quadro geral das políticas públicas, demonstrou a existência de um processo de burocratização nos conselhos de saúde – no sentido de que conselhos maiores detêm conhecimento em relação à estrutura política do contexto da saúde, ao passo que conselhos menores se restringem a lidar estritamente com demandas pontuais resultantes da negligência governamental e do desmonte em escalada da saúde pública. Essa visão ratifica a necessidade de reorganiza-

ção dos movimentos sociais, que devem investir no diálogo frequente voltado à formação política para atuação crítica nos espaços de representação, participação e controle social. Isso parte da compreensão de que a participação social não é um fim em si mesma, mas faz parte de um processo complexo e indispensável de emancipação e afirmação das classes subalternas na garantia de políticas públicas que modifiquem suas realidades a partir da universalidade, integralidade, equidade e do princípio organizativo do acesso – constituintes do SUS.

Por fim, a experiência de atuar com protagonismo social na 16ª CNS foi acrescida, brilhantemente, da vivência do ato em defesa do SUS, realizado com todos os participantes do evento. Em memória à VIII CNS, delegados, delegadas, participantes livres, pesquisadores, organizadores e a sociedade em geral se reuniram no centro do poder, na capital federal, para afirmar seus propósitos e consolidar sua unidade em defesa da saúde universal da maneira mais eficiente que a luta coletiva pode se agrupar: através da força do povo nas ruas. Estar, novamente, junto ao movimento estudantil de enfermagem organizado, aglutinado à diversidade de movimentos e pessoas presentes, foi uma experiência singular conferida pelo ato, cuja principal possibilidade a mim fornecida foi a de perceber a renovação do ímpeto de luta de estudantes iniciantes e concluintes aliados às entidades de classe na concretização de uma frente única em defesa do que acreditam, tática pertinente ao enfrentamento da reação conservadora e retrocedente sob cuja égide se encontra o Brasil.

CONCLUSÃO

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação, tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle democrático sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988. Dessa forma, ocorre um processo de desmonte dos direitos sociais que tem rebatimentos no processo de organização das forças organizadas da sociedade, em particular, nos mecanismos de participação e controle social (SOUZA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

O SUS vem sofrendo grandes impactos, tanto em sua base democrática (participação popular) com as transformações decorrentes da política neoliberal, quanto às questões econômicas de reordenamento do capital rebate no papel estatal com implicações nas formas de organização e participação da classe trabalhadora (SOUZA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Os impactos dessa realidade desfavorável às políticas públicas e sociais reverberam na constituição dos espaços de participação e controle social, como foi possível perceber através da participação na pesquisa ocorrida na 8ª+8 CNS. Esta vivência, além do conhecimento acerca do perfil dos atores sociais envolvidos na construção da gestão participativa do SUS, permitiu a mim o reconhecimento de algo há muito já afirmado em meu perfil profissional: ser enfermeira, no contexto da saúde pública, sendo mulher e afirmando meu posicionamento político à esquerda do retrocesso, da opressão e do conservadorismo que degrada e faz sofrer o povo pobre, preto, periférico e vulnerável, é ser indissociavelmente protagonista da participação e do controle social na construção do Sistema Único de Saúde. A oportunidade de estar na 16ª CNS, como pesquisadora, fez de mim uma mulher mais

consciente, uma militante mais convicta, uma cidadã mais aguerrida e, sobretudo, uma enfermeira muito mais completa e realizada atuando na saúde pública universal, junto à luta popular por sua garantia.

(...) Para que o direito a saúde e a democracia não sejam palavras gastas e vazias, o momento histórico requer a ação de um protagonismo fundamental e insubstituível: o povo. (PAIM, 1987)

REFERÊNCIAS

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 237-271.

GUIZARDI, F. L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. **Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**, Recife, v. 9, n. 3, set./2015.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As conferências nacionais de saúde e o processo de planejamento do ministério da saúde. **Saúde Debate**, RJ, v. 41, n. 3, p. 155-170, set./2017.

SOUZA, M. D. F. E; FERREIRA, T. D. F; OLIVEIRA, R. D. Crise do capital e os desafios para o controle social na saúde. **Revista Direitos, trabalho e política social**: subtítulo da revista, Cuiabá, v. 5, n. 8, p. 57-77, jan./2019



FRENTE NACIONAL
CONTRA A
PRIVATIZAÇÃO
DA SAÚDE

Fórum de Saúde do Rio de Janeiro

EXPERIÊNCIA DE RELATORES DO SUDESTE (RJ E MG) NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Daniela Ferraz Frauches Carvalho⁹
Eldon Carlos Queres Gomes¹⁰
Berenice de Freitas Diniz¹¹

INTRODUÇÃO

O entendimento de que Políticas Públicas de Saúde, podem ser aplicadas ao Controle Social, foi comprovado pela 16ª Conferência Nacional de Saúde, esse fato foi registrado por meio das discussões que ocorreram nos Grupos de Trabalho (GTs) para aprovação do Relatório Final da Conferência.

O objetivo das Conferências de Saúde é avaliar a situação da área da saúde e propor diretrizes para a formulação da política desse setor. Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra conferência ou pelo Conselho de Saúde, devem ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990).

As conferências de políticas públicas são definidas, segundo Moroni (2010), como espaços de deliberação das diretrizes gerais de uma determinada política pública. São espaços mais amplos que os conselhos, e envolvem outros sujeitos políticos que não fazem parte necessariamente nos conselhos, por isso têm caráter de mobilização social. São espaços compostos por representação paritária, onde governo e sociedade civil decidem de forma transparente e pública. Moroni (2010) argumenta ainda que a criação do sistema descentralizado e participativo (conferências e conselhos nas três esferas de governo e nas diversas políticas públicas) foi e ainda é uma das fórmulas encontradas para que haja controle e exercício popular do poder efetivos, tendo como pressuposto a democracia participativa.

Para Escorel e Bloch (2005), conferências de saúde são espaços públicos por excelência, onde há a manifestação de interesses divergentes e de conflitos; suas regras de organização e funcionamento são essenciais para que a força de argumentos e

9 Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro

10 Universidade Federal de Minas Gerais

11 IRR/Fiocruz Minas e Trabalhadora do SUS Betim/MG

a construção de consenso constituam a base das políticas deliberadas.

Na Etapa Nacional da 16ª Conferência de Saúde, os grupos não podem fazer novas propostas e devem debater sobre a supressão total ou parcial da proposta. O momento de elaboração de novas propostas ocorre nas etapas municipais e por meio da aglutinação dessas propostas nas conferências estaduais.

Os GTs expressam a cidadania em sua forma mais aplicada, de modo que os dois lados precisam ouvir um ao outro — a opinião do outro e seu contexto — considerando seus conhecimentos prévios, para que então se possa pensar, repensar e criar pontos convergentes, e a partir disso a proposta analisada pode ser: suprimida parcialmente ou totalmente, aprovada ou rejeitada. Os trabalhos em grupo em uma conferência têm por objetivo debater melhor as questões conforme cada tema a fim de obter uma proposta final que seja reflexo do que os participantes da conferência defendem. É um momento de interação entre os sujeitos, que devem obedecer a regras estabelecidas nos respectivos regimentos das conferências. A organização é como a de um ritual; há uma mesa coordenadora dos trabalhos que geralmente é indicada pela comissão organizadora, há tempo nas falas de defesa, bem como a questão de ordem e diálogo entre os participantes. Todo o processo de leitura, destaque, defesa e votação das propostas é pactuado no grupo na abertura dos trabalhos. A intenção é que o grupo seja o mais democrático possível, que todos possam fazer o uso da fala, debater ideias e realizar seus apontamentos, pedidos de esclarecimentos e defesas.

Dessa forma, podemos notar que foram debatidas no Eixo de Financiamento questões que circundam o tema, indicando que, para esse grupo, o tema financiamento se entrelaça com a amplitude do SUS, estando diretamente ligado à prática e

ao dia a dia das pessoas, uma vez que esse tema vem sendo modificado ao longo dos últimos anos.

Ao observarmos as discussões implementadas, podemos pontuar tópicos que foram recorrentes, sendo eles: defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS; dificuldades regionais; financiamento do SUS; capacitação dos Conselhos de Saúde; o SUS e a imigração; saúde mental; terceirização; política de agrotóxicos e transparência.

RELATOS

Há uma lógica de funcionamento do grupo que é bem conhecida pelos participantes, ou seja, fazer o uso da fala, solicitar questões de ordem, fazer destaques e defesas das propostas. Esse ritual é muito interessante, pois propicia o exercício da fala para todos os presentes nos grupos.

Como não pode haver propostas novas, é pouco o debate no sentido de mudar a proposta. As defesas foram de conteúdo ou mérito das propostas.

Foi falado constantemente sobre a importância de fortalecer o SUS e a participação em saúde, pois essa última seria a forma de a população controlar o que está sendo feito.

ANALISANDO OS PRINCIPAIS TÓPICOS

Os participantes dos grupos são representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores. Observamos que há uma enorme diversidade de gênero, raça, etnia, idade, culturas. São pessoas de vários estados brasileiros, muitos não se conhecem previamente. Observamos nos grupos de trabalho que inicialmente há certa desconfiança entre os participantes, o que talvez se deva à não apresentação de todos os participantes do grupo. Após o início dos trabalhos, essa desconfiança diminui.

Com as ponderações acerca do conteúdo das discussões e dos tópicos que se seguem, percebe-se que o conflito de ideias é recorrente, e, em se tratando de democracia, é plenamente saudável esse conflito, mas a todo momento algum componente do grupo fazia questão de frisar sempre que o grupo desejava chegar ao mesmo lugar, portanto, a um SUS de qualidade e com o máximo de benefícios permitidos pela legislação.

DEFESA DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Entendemos que esse ponto é um dos mais importantes de todas as discussões realizadas, quizá o mais importante. Foram inúmeros momentos em que foram levantadas as bandeiras de reafirmação dos princípios básicos do SUS a todos os cidadãos, mesmo para aqueles que chegaram de outros países como refugiados, ponto que discutiremos mais adiante.

Além disso, foi intensa a reafirmação contra a privatização do SUS. De acordo com a percepção dos participantes do grupo, o SUS deve ampliar seu alcance e sua qualidade para que todos os serviços estejam disponíveis em cada ponto do país, minimizando ao máximo possível as disparidades regionais, ponto este que será abordado de forma mais completa a seguir.

Outro assunto dentro desse tópico foi a necessidade de a saúde ser totalmente pública, de modo que os impostos relativos à saúde sejam direcionados ao SUS. Portanto, ao ser debatido quanto a isenção de imposto de renda para quem possui plano de saúde privado, foi dito: “quem quiser plano de saúde que pague a mais por isso”. Essa frase levantou a discussão sobre a necessidade dos planos de saúde no país, levantando algumas perguntas, como: precisamos de planos privados de saúde? O SUS não é universal? Quais são os

reais motivos que levam ao caráter complementar da iniciativa privada no SUS?

Após todos esses questionamentos, chegou-se à conclusão que o SUS deve seguir em caráter universal, reduzindo gradativamente a participação da iniciativa privada no sistema, dando vazão ao princípio básico do sistema.

DIFICULDADES REGIONAIS

Por apresentar uma grande extensão territorial, a descentralização e regionalização do SUS é um grande ganho do sistema, no entanto, as discussões a respeito das regiões Norte e Nordeste foram colocadas a mesa, onde foram comparadas com as regiões Sul e Sudeste. A principal pergunta neste tema foi: o acesso e a distribuição de recursos são próximos nas diferentes regiões? Assim, foram trazidas as diferenças vivenciadas sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país, onde, segundo os relatos apresentados, o acesso, a distribuição e a organização do sistema se apresentam de forma discrepante, sobretudo se comparados com as regiões Sul e Sudeste do país, com foco nas cidades e nos estados mais afastados.

FINANCIAMENTO DO SUS

Percebemos pela análise dos presentes que este é um assunto complexo, com grandes questionamentos entre os pares, percebemos que muitos se importam com o tema, mas nem sempre possuem o domínio necessário. No entanto, todos ouviram quem detinha maior conhecimento sobre o tema, assim, sempre havia alguém com disposição para prestar esclarecimentos quando solicitado.

Um assunto muito explorado foi a forma como os municípios estão sendo onerados, sendo que com frequência percebemos nos presentes uma necessidade de aumento de recursos, devendo esse au-

mento partir dos estados ou até mesmo compartilhado com a federação como um todo.

Outro debate estabelecido foi sobre as formas de financiamento da saúde, com posicionamento bastante claro: a iniciativa privada não deve fazer parte ou ter acesso a esse financiamento, que deve ser de caráter exclusivamente público.

CAPACITAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Surgiu nas discussões o tema capacitação dos conselhos de saúde, sendo a principal preocupação o conhecimento dos conselheiros nas discussões de temas tão complexos e que atualmente proporcionam grandes mudanças. Esse aperfeiçoamento dos conselhos levaria a uma melhor aplicação da Lei 8.142 de 1990, com os conselhos aplicando plenamente seu poder deliberativo no que se refere às decisões necessárias no contexto de cada conselho.

O SUS E A IMIGRAÇÃO

Ao debater uma proposta referente à regularização da imigração, um delegado manifestou-se contrário a parte da proposta por acreditar que existe o perigo de incorrer em alguma uma forma de xenofobia. Outro delegado defendeu a proposta, pois vê como um problema os imigrantes trazerem doenças. Novamente o delegado que defende a supressão afirmou o perigo do ódio ao estrangeiro e que o SUS pretende incluir, não excluir pessoas.

Percebe-se aqui como a questão dos refugiados tem sido de grande importância nacional, principalmente, em alguns estados que convivem mais de perto com essa realidade de receber refugiados. Assim mostra-se necessário refletir sobre tal questão de modo a não excluir aqueles que chegam ao país com tal realidade e de modo ao SUS cumprir com sua proposta de abrangência universal.

SAÚDE MENTAL

Falar sobre saúde mental ainda na atualidade brasileira é um desafio e por isso também de grande importância. A questão foi abordada de forma abusiva ao longo do século 20, sendo que a reforma sanitária e a luta antimanicomial representam um marco para o avanço nos cuidados em saúde mental e no respeito à dignidade das pessoas com sofrimento mental. Contudo, a luta por tratamento adequado e humanizado para essa população continua sendo uma necessidade. É importante reafirmar que essa população não pode ser privada de sua liberdade e deve ser tratada por profissionais de saúde capacitados para atuarem na área.

Durante o debate das propostas foi apresentada uma proposta contrária à atuação de instituições religiosas no tratamento de transtornos mentais. Todos da plenária também se mostraram contrários a esse tipo de tratamento, entendendo tais práticas como abusivas, uma vez que em tais instituições não se encontram os profissionais devidamente habilitados a tratar essa população, de modo que a proposta permaneceu como no original.

TERCEIRIZAÇÃO

A questão da terceirização na saúde foi alvo de debate durante a votação de uma proposta. Alguns dos presentes percebem a terceirização na saúde como um problema para o bom funcionamento do SUS. Contudo, houve diferença de opiniões quanto a esse assunto. Um delegado afirma que o SUS depende dos terceirizados.

A terceirização na saúde pública é uma realidade. Muitos municípios e estados utilizam-se desse recurso para cumprir seu quadro de funcionários. Contudo, com ela surge a dificuldade de criação de vínculo desses profissionais com a população. Além disso, os profissionais também perdem a possibilidade de evoluir no seu local de traba-

Iho. Por outro lado, essa é uma solução imediata quando os municípios e estados se veem diante de atender a uma demanda. Sendo assim, é um assunto que ainda divide opiniões.

A POLÍTICA DE AGROTÓXICOS

Ao debater uma proposta que citava o uso racional de agrotóxicos ocorreu a preocupação da plenária quanto a esse aspecto, entendendo a questão da presença de agrotóxicos nos alimentos como um problema de saúde pública. Foi reforçada a importância de reforçar gradualmente a produção de alimentos orgânicos e que ele seja acessível a toda a população do país.

TRANSPARÊNCIA

A transparência das ações e dos gastos públicos está prevista na Constituição Federal de 1998, com prestações que devem ocorrer de forma sistemática e permanente nos níveis municipal, estadual e federal aos respectivos poderes legislativos e aos órgãos de controle como Tribunais de Contas e Controladorias Geral. Recentemente, com a Lei Federal de Acesso à Informação, a organização da forma de dar transparência das ações do poder público foi regulamentada, para garantir aos cidadãos o acesso à informação precisa e sem excesso de burocracia. No entanto, ainda existem muitos desafios, e é preciso que a democracia seja consolidada, garantindo, assim, a transparência. Com a aprovação da Emenda Constitucional 95 e com processos democráticos como conferências e conselhos de saúde sendo desrespeitados, os participantes no GT demonstraram a preocupação do Ministério da Saúde de “maquiar” os gastos públicos, não sendo fidedigno no que diz respeito aos investimentos em saúde, onde e como estão sendo utilizados.

CONCLUSÃO

Houve grandes discussões, com momentos de desentendimento, conflitos e argumentações, essa é a interação prevista nos GTs. Contudo ao fim da plenária todos se mostraram satisfeitos com os debates e com a possibilidade de ter esse espaço para as discussões e entendimentos das propostas.

Foi falado constantemente sobre a importância de fortalecer o SUS e a participação em saúde, pois esta última seria a forma de a população controlar o que está sendo feito.

Percebeu-se a diferença de realidades em relação a estados de Norte/Nordeste em relação ao Sul/Sudeste, sendo que alguns delegados precisaram afirmar que em seu estado ou região o que estava sendo debatido era de grande relevância. Portanto, foi percebida a necessidade de que as políticas públicas e decisões quanto à saúde pública deem conta das diferentes realidades do país, alcançando-o por completo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- SCOREL, S. et al. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-82.
- MORONI, A. J. O direito a participação no governo Lula. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 248-269.



1ª CONFERÊNCIA NACIONAL

DE SAÚDE INDÍGENA

Brasília - DF

foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS.

Matheus Oliveira de Paula¹²

As lutas sociais da década de 1980 pela redemocratização da sociedade brasileira reordenaram aspectos sociais e políticos do país, trilhando novos caminhos na busca pela democracia e pela cidadania, e assim foram garantidos em lei direitos sociais e a proteção social brasileira a partir da Seguridade Social no tripé saúde, assistência social e previdência social. Uma das maiores articulações foi em torno do capítulo da saúde na Constituição, com vistas à reforma do sistema de saúde brasileiro, que era seletivo e fragmentado, assim o CEBES (1979) – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – apresentou, já em 1979, no 1º simpósio sobre política nacional de saúde na Câmara Federal, um documento com algumas ponderações sobre saúde, almejando que seja autenticamente democrática, assim:

1 - O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; 2 - O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; (...) 4 – O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supramencionadas (...)

No processo de mobilização popular e adensamento dos debates sobre a política de saúde, tem-se como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que pela primeira vez abriu-se para a participação da sociedade civil com vistas à democratização dos debates em saúde e à presença da sociedade na criação da política de saúde, de forma que ela se torne protagonista da própria política. Tem-se, portanto, no relatório final, a ampliação do conceito

12 Estudante de Graduação de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e Estagiário no Hospital Federal dos Servidores do Estado – HFSE

de saúde, compreendendo-o a partir não apenas da patologia/biologia, mas de determinantes e condicionantes sociais que têm base na sociabilidade vigente e que agravam o processo saúde-doença.

Amplia-se a compreensão de saúde a partir da relação com a processualidade do que saúde tem em si, não apenas como ausência de doença, que está intrínseca aos processos sociais. Nesse sentido, articula-se saúde com democracia, com participação social, bem como com o território e as condições de vida – trabalho, renda, meio-ambiente, educação – e ainda na produção e reprodução das desigualdades existentes na sociedade brasileira. Assim, consta no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS – no tema saúde como direito:

1- Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. 2- A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BVMS/MS, 1986, p. 12).

Na consecução do processo histórico, grande parte dos princípios e objetivos discutidos e decididos na 8ª CNS foram referendados no capítulo “da saúde” na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentados nas leis complementares 8.080/90 e 8.142/90. Desse modo, o Brasil passou a universalizar a saúde em todos os níveis de atenção, com participação social da comunidade nos

conselhos e conferências de saúde em que são discutidas as políticas e orientações para o sistema de saúde que se consolidou a partir do SUS – Sistema Único de Saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira não vislumbrava apenas uma reforma no campo da saúde. Se, por um lado, é certo que o conceito de saúde foi ampliado, por outro, diversas outras reformas estruturais eram necessárias para a materialização efetiva do SUS, como a reforma agrária, a reforma urbana, a reforma tributária, entre outras (PAIM, 2009), conquanto, devido à correlação de forças no momento da Constituinte, outras reformas não obtiveram êxito. Desse modo, no que se refere à saúde no capítulo da Constituinte e os embates políticos:

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a ser implementada com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para a inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A VIII Conferência foi o acontecimento mais importante nessa direção. A alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada (...) tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideram que nenhum outro setor teve o desempenho e a proposta clara como a saúde (BRAVO, 2010, p. 94).

A formação social e histórica da sociedade brasileira, alijou grande parte da população dos espaços decisórios, a construção da sociabilidade vigente teve como estrutura o patriarcado, o racismo, prá-

ticas autoritárias e patrimonialistas na sua composição, esse processo se mostra ainda vigente no contemporâneo, com a guinada conservadora que ora perpassa a sociedade brasileira. Aliado a esse processo, o neoliberalismo vende-se como a única saída contemporânea para os problemas sociais, mercantilizando as esferas da vida social e as políticas sociais e tomando parte do controle social da sociedade brasileira. As relações de opressão/exploração vigente tornam-se mais aguçadas e amplia-se a desigualdade social, concentrando ainda mais a riqueza socialmente produzida.

Ainda em 2007, foi construída uma política visando a ampliação da participação social no SUS, orientada pela democratização das políticas públicas no SUS e que teve como base, no mesmo sentido, algumas das deliberações da 12ª CNS. Nesse sentido, a portaria nº 3.027 aprova a Política nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS – assim, essa política nos seus componentes:

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. (...) A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma de construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presente na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. (...) As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões (...)
(BRASIL/MS, 2009, p. 15).

A participação social e o controle social no SUS são importantes na ampliação do direcionamento político que a sociedade aspira para o sistema de saúde. A consolidação dos princípios jurídicos-legais referendados nas leis no campo da saúde e dos direitos sociais passa pela organização e construção coletiva, bem como pela luta cotidiana. O Brasil, com seu enorme território e uma vasta multiculturalidade, necessita de um debate amplo que abarque os diferentes problemas locais e regionais para dentro da política de saúde, passando ainda pela redução das iniquidades em saúde que apresentam dentro do país.

A democratização da saúde está relacionada não apenas no setor saúde, mas com a ampliação dos processos democráticos em toda a sociedade e nas diferentes discussões da Seguridade Social que integra o SUS, e que por vezes, se dá pormenorizada, desconsiderando a efetiva necessidade da intersectorialidade para o êxito das políticas sociais. A democracia participativa não está atrelada meramente ao voto; ela vai além, na necessária compreensão do processo democrático e das estruturas hierárquicas do Estado, bem como na educação política e nos mecanismos para reivindicação e luta coletiva. A democracia é processual e demonstra-se por vezes contraditória na representação das vontades coletivas.

Nisso, se faz necessário ampliar o debate sobre a democracia e a democratização da participação política nos espaços decisórios do SUS para que não recaiam na mera formalidade da participação social, mas para que seja realizada a efetiva construção coletiva da participação social, em que os usuários, profissionais de saúde e sociedade civil organizada construam a política de forma articulada e na defesa e aprofundamento da Reforma Sanitária Brasileira e consolidação do SUS.

Torna-se imprescindível, sobretudo, a consolidação de mecanismos que consolidem a cidadania,

enfrentando as diversas desigualdades existentes no país, como a desigualdade social, racial, de gênero, entre outras. Na revista RADIS (2019, p. 11) de outubro de 2019, uma matéria intitulada Democracia Inacabada, em uma entrevista a uma estudante que participou na 16ª CNS, aponta assim:

A conjuntura mostra que o setor privado tem seus interesses tanto na saúde quanto na educação. A gente tem que escolher: queremos uma saúde e uma democracia privatista ou vamos usar as duas ferramentas para construir outro modelo de sociedade? (...) É como perguntar: a casa é para todos ou só para quem pode pagar?

No mesmo sentido, finaliza com uma ponderação: “Adoecer vai ser bom para alguém. A quem interessa o SUS não funcionar? Se o SUS vai mal, quem vai bem?” (RADIS, 2019). A especificidade da 16ª Conferência Nacional de Saúde pode ser captada através da última indagação da entrevistada, que mostra as particularidades dessa conferência que foi simbólica na homenagem à 8ª CNS, que foi um marco para a participação social e para a construção do SUS.

Uma das questões centrais para na agenda do dia para a 16ª CNS e para os participantes foi o protagonismo na reafirmação e a defesa do SUS, bem como sua consolidação e financiamento, pautas que estão sendo constantemente ameaçadas pelo enxugamento e subfinanciamento do orçamento da Saúde e da Seguridade Social, devido a opções políticas de privilegiamento da remuneração da dívida pública frente a aplicação efetiva do orçamento da Seguridade Social. Assim, o orçamento que seria destinado para a saúde e para a seguridade social é absorvido por importantes questões orçamentárias como a EC 95 – Emenda Constitucional 95 –, que institui um teto de gasto para as áreas sociais, e a DRU – Desvinculação das Receitas da

União –, que desvincula 30% do orçamento federal vinculado por lei, permitindo que o governo o use livremente em outras despesas.

As contradições postas para a realidade social mostram uma ofensiva neoliberal sobre o sistema de saúde construído no Brasil, de modo que as articulações com o setor privado e a constante privatização do SUS foram temas debatidos, procurando reafirmar o caráter público e universal do direito à saúde.

As conferências de saúde são importantes espaços de trocas de conhecimento sobre a realidade da saúde das regiões e territórios do Brasil, facilitando a articulação de lutas coletivas e diferentes formas de aprendizagem da construção da participação social e do controle social nos diversos territórios. A 16ª CNS se abre como um espaço rico de fala e escuta dos participantes, estabelecendo uma comunicação que cria e recria novas formas de resistência e atuação política na defesa do SUS, fortalecendo assim processos democráticos de construção coletiva das políticas e da formação de consciência da multiculturalidade que forma o país.

Aliado a isso, o espaço da conferência nacional é um importante articulador na discussão sobre as distintas determinantes sociais que afetam a saúde de variados territórios e dos grupos sociais. A construção da saúde e do SUS se mostra diária e permanente, sempre em constante movimento pelos sujeitos sociais a partir das lutas coletivas. Portanto, segundo a apresentação de Sergio Arouca na 8ª CNS, que demonstra alguns anseios ainda vigentes:

Que morram menos crianças; que o nosso povo viva e cresça mais e que tenha menos medo; que trabalhe melhor e participe cada vez mais da criação do nosso futuro; que esta nação se autodetermine e crie um

grande projeto brasileiro. É para isso que apontamos. Esse é o nosso compromisso (BRASIL/MS, 1987, p. 42).

Fez parte da 16ª CNS a primeira pesquisa sobre participação social em uma conferência, com o tema Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, sendo um abundante espaço para ampliar o panorama da participação social no Brasil que poderá servir como balizador para ações no fortalecimento da participação social nos diferentes estados, traçando ainda um perfil dos conferencistas, o que se demonstra necessário para captar quem constrói a participação social no SUS, saindo do abstrato e partindo objetivamente para os indivíduos que materializam o controle social, dando visibilidade.

O panorama de aprendizado e de trocas se demonstra substancialmente rico, uma vez que as contribuições dadas pelos participantes aos pesquisadores eram das mais diversas, demonstrando a aparência da participação social, que é construída pela diversidade de sujeitos que participaram da 16ª CNS pela primeira vez ou já haviam participado desde a 8ª CNS. A experiência prática e social de participar de uma pesquisa dessa amplitude também se mostra uma importante oportunidade para os pesquisadores, que puderam captar a riqueza, os embates e os limites da realização de pesquisas quantitativas e qualitativas.

A pesquisa realizada na 16ª CNS possui desdobramentos políticos, teóricos e práticos, para com os pesquisadores que buscaram delimitar o perfil, processo que inclui troca de conhecimentos e saberes sobre a saúde e a construção do SUS, revelando-se o processo de um panorama geral da realidade social brasileira e das diferentes compreensões sobre o conceito de saúde e sobre a política adotada no país, todavia era demonstrado hegemonicamente um referencial na etapa nacional da

conferência, o da defesa e do aprofundamento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

Arouca S. **Democracia é saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1987. p. 35-42.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a emenda Constitucional nº 95., de 15 de dezembro de 2016. 54. ed. São Paulo: Saraiva, 2016

_____. , de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19.set.1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28.dez.1990.

_____, MS. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1986.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 16ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 2019.

BRAVO, M. I. S (1996). **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, SP: Cortez.

CEBES (1980). A questão democrática na área da Saúde. **Saúde em debate**, n. 9, p. 11-13, jan.mar.

PAIM, J. S. (2009). **O que é SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

STEVANIM, L. F. **Democracia inacabada**. In: Revista Radis. ENSP, n. 6, out. 2019.

"SAÚDE NÃO É SÓ AUSÊNCIA DE DOENÇA. É MAIS: É UM BEM-ESTAR SOCIAL. É O DIREITO AO TRABALHO. A UM SALÁRIO DIGNO: É O DIREITO À ÁGUA, À VESTIMENTA, À EDUCAÇÃO. SAÚDE É TER DIREITO A UM MEIO AMBIENTE QUE NÃO SEJA AGRESSIVO, MAS, QUE, PELO CONTRÁRIO, PERMITA A EXISTÊNCIA DE UMA VIDA DIGNA E DECENTE: A UM SISTEMA POLÍTICO QUE RESPEITE A LIVRE OPINIÃO, A LIVRE POSSIBILIDADE DE ORGANIZAÇÃO E DE AUTODETERMINAÇÃO DE UM POVO. É NÃO ESTAR TODO O TEMPO SUBMETIDO AO MEDO DA VIOLÊNCIA, TANTO DAQUELA VIOLÊNCIA RESULTANTE DA MISÉRIA, COMO DA VIOLÊNCIA DE UM GOVERNO CONTRA O SEU PRÓPRIO POVO".

SÉRGIO AROUCA, 1986.



16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: IMPRESSÕES, DESAFIOS E PARTICULARIDADES DO PROCESSO DEMOCRÁTICO.

Andreia Gussi de Oliveira
Krystal Costa Batista

Enquanto processo formativo de profissionais da área da saúde e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo, poder participar como monitoras pesquisadoras foi uma experiência enriquecedora. Isso porque, para além da experiência política-profissional, pudemos estar inseridas em um ambiente que nós, como mulheres, trabalhadoras residentes do Sistema Único de Saúde (SUS), usuárias dos serviços, pudemos vivenciar os processos democráticos decisórios e de controle social. Em um momento em que a conjuntura sócio-política caminha para o desmonte do SUS, a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) se faz histórica por se fazer um evento de resistência, onde discussões e debates foram traçados por pessoas de todos os lugares do Brasil, com as mais diversas vivências, de todas as raças e classes, e de todos os gêneros.

Iniciamos nossa preparação para a CNS participando em conferência livre na Região Administrativa de Planaltina-DF, onde discutimos a saúde do campo e as pautas que gostaríamos que fossem levadas para as próximas etapas das conferências. Foi um momento teórico-prático importantíssimo, pois ao mesmo tempo em que recebíamos orientações vindas do Conselho Nacional, uma instituição macro, instância máxima no controle social junto ao Governo Federal, nos colocamos a par das demandas específicas da Regional de Planaltina, que focou seus esforços nas demandas da população do campo. Debates foram traçados, ideias anotadas e correlações de forças estabelecidas; não era homogêneo o grupo que ali se discutia saúde. Existiam chacareiros e pessoas ligadas a movimentos sociais da reforma agrária que falavam sobre seu direito de plantar, seu modo de produzir e reproduzir a vida, arbitrariamente abdicados por não terem suas terras ou por as terem danificadas por agrotóxicos usados por seus vizinhos, bem como fazendeiros que defendiam seu

direito à livre produção com uso de substâncias químicas.

Participamos também da roda de conversa preparatória para a 16ª Conferência Nacional de Saúde promovida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília, onde compuseram a mesa pessoas que contribuíram ao longo da história no processo de democratização e na garantia da saúde como direito. Nesse momento foram colocados os pontos e contrapontos entre a 8ª CNS (marco histórico para as conquistas em saúde e para a participação social) e a 16ª CNS, ambas articuladas a partir de discussões sobre a democracia, analisando as conjunturas sociais, políticas e culturais nos dois períodos. Também realizamos leituras sobre as conferências anteriores a esta e seus relatórios, analisamos historicamente o compromisso do Estado e suas estratégias para a saúde pública. Foi impactante perceber como a privatização tem aberto espaço para a lucratização da saúde, bem como o sucateamento do SUS.

A universalização do SUS é uma conquista que foi fruto de uma luta hercúlea, onde direitos foram garantidos após muita pressão popular, muita movimentação social, muita batalha contra os grandes conglomerados que buscam cada vez mais a precarização da saúde em prol de seus grandes interesses. O que se percebe é que, mesmo após tantas conquistas, as ameaças continuam vindo de todos os lados, desde o Estado neoliberal em que estamos vivendo, até os grandes hospitais e planos de saúde que tratam o indivíduo como mercadoria.

A saúde como um direito universal e igualitário sempre esteve em disputa e, mesmo com intensas resistências ao modelo privatista através da RSB, a Lei 8.080 expressa em seu Art. 21 — a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Assim, o projeto neoliberal, que vem na contramão da

universalidade dos direitos sociais, encontra respaldo legal para a expansão da privatização na saúde e para os ataques a essa Política de Estado, gerando um subfinanciamento do setor ampliando a precarização dos serviços de saúde. Essa precarização dos serviços públicos apresenta-se de diversas formas: grandes vazios assistenciais e deficiência na infraestrutura, equipamentos e insumos nos serviços existentes; falta de pessoal e instabilidade nos vínculos trabalhistas dos trabalhadores, ausência de concursos públicos, terceirizações; e graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos. Desde seus primórdios, o SUS enfrenta vários problemas para garantir serviços públicos de saúde resolutivos para todos (SOUSA et al., 2017, p. 2).

Debater a desresponsabilização do Estado frente às demandas de saúde que nos cercam hoje é nosso dever como usuários e trabalhadores do SUS. O que se observa na conjuntura atual é uma desvalorização do servidor, uma precarização dos serviços, atrasos nos salários de servidores e falta de repasses.

Quando paramos para analisar o Brasil, sua extensão de territórios e sua população, percebemos que devemos olhar a particularidade de cada território para acharmos seus determinantes de saúde. Isso porque não podemos generalizar demandas de saúde devido à multiculturalidade de cada região. Um cidadão do Nordeste brasileiro não tem as mesmas demandas do sulista, que por sua vez não é abarcado com as mesmas condições e determinantes de saúde do Norte. Existem territórios que têm mais investimento em saúde por seus governos estaduais, outros que já erradicaram doenças e avançaram no controle de doenças infectocontagiosas, como também temos diferenças

ambientais importantes que determinam sazonalidade, presença e ausência de fatores causadores de doenças e mais investimentos em incidências de determinados campos na saúde.

Durante o processo de preparação nos inscrevemos no edital para participar como monitoras da pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, com atividades desenvolvidas na etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no período de 03 a 07 de agosto de 2019.

Os diversos ambientes que compuseram a Conferência Nacional de Saúde fortaleceram práticas como a Educação Popular e as Práticas Integrativas em Saúde (PIS), pois trouxeram novos modelos de fazer saúde para além da Medicina Ocidental. A democratização do espaço foi importante; vimos usuários das mais diversas classes podendo usufruir de um serviço que deveria ser de todos. Debates e conscientização de novas práticas em saúde, saindo do modelo hospitalocêntrico de fazer saúde apenas em consultas médicas, foram colocados em pauta com a população, que pode aprender a fazer chás com plantas medicinais, ser benzida por benzedeadas, tratada com acupuntura, ter acesso a massagens e outras PICS. Tudo isso é saúde, tudo isso traz reais melhorias para saúde mental e física do usuário. Precisamos levar a saúde para fora dos consultórios, devemos fortalecer os saberes tradicionais por meio da Educação Popular e pensar a saúde enquanto cuidado integral, e não somente enquanto resolução focal do processo de adoecimento.

Ao adentrar um espaço de controle social, pudemos realmente entender como a participação social é crucial para que as demandas dos usuários sejam efetivamente ouvidas. Reunidos em Grupos de Trabalho (GT), os Conselheiros de Saúde discutiram as particularidades e retrocessos do SUS

em seus estados, os processos a que seus Conselhos estão inseridos (onde o processo formativo de cada indivíduo deve ser levado em consideração, bem como suas peculiaridades e particularidades), o desmonte que a saúde teve após o Golpe de 2016 e a realidade a que estão postos todos os dias, de desconstrução e produção de conhecimentos nos moldes da educação popular.

Para somarmos as nossas experiências na conferência, além de participantes e ouvintes, fomos monitoras na pesquisa. Já havíamos tido uma aula preliminar com a organização sobre como deveria se estruturar a entrevista, quais cuidados deveríamos ter no processo de sua qualificação, o quanto poderíamos interferir ou não nas dúvidas do usuário entrevistado, e qual deveria ser nossa postura diante das mais diversas opiniões. É difícil colocar em palavras a experiência que foi conversar com mulheres indígenas, homens do movimento negro, transexuais do movimento LGBTQI+, conselheiros municipais e estaduais das mais diversas localidades, pessoas com diferentes deficiências, usuários que estavam em sua primeira participação — enquanto outros já haviam participado mais de uma vez — integrantes dos mais diversos partidos políticos, pesquisadores de todas as áreas das ciências humanas e da saúde, estudantes de diversas modalidades, todos em prol de um único objetivo: o fortalecimento e a democratização do SUS.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a participação social no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde em dimensões que permitam sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem. Para que o objetivo pudesse ser alcançado durante a 16ª CNS a pesquisa foi dividida em alguns momentos: (1) aplicação de questionário; (2) entrevista semiestruturada; (3) registro das atividades realizadas durante a conferência.

O questionário qualitativo coletou informações sobre a participação dos conselheiros de todos os segmentos — profissionais de saúde, usuários e gestores — nas conferências livres das etapas municipais, estaduais e nacional, além de investigar a participação social. A aplicação do questionário durava em torno de 15 minutos, e abordamos os delegados nos espaços em que não estavam acontecendo atividades. Muitas foram as negativas que recebemos quando perguntamos se gostariam de participar da entrevista, na maioria das vezes por acharem que demoraria muito para finalizar ou por quererem participar de alguma atividade que estava ocorrendo. Em muitas questões houve dúvidas por não acharem claros os comandos, mas quando repetíamos a pergunta, compreendiam e respondiam. Conforme fomos aplicando o questionário, ganhamos habilidade, porém também houve momentos em que nos perdemos nas perguntas. Ao ler com calma o questionário, percebemos que ele é rico em informações para traçar o perfil de participação social dos delegados presentes na 16ª CNS. Essa etapa da pesquisa durou todos os dias da conferência.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com alguns delegados que expressaram a vontade de participar. Nela pudemos escutar sobre as expectativas, experiências das etapas anteriores à nacional e percepções dos entrevistados quanto ao futuro do SUS e do controle social e a sua atuação política com a saúde. Nessa etapa as pessoas que entrevistamos se sentiram bem confortáveis em responder as perguntas e, muitas vezes, falavam além do que era perguntado enriquecendo o conteúdo coletado. Após realizar as entrevistas, fazíamos um resumo dela para a equipe de pesquisadores.

Ao mesmo tempo em que nos envolvemos e imergimos na pesquisa, tínhamos vontade de participar de outras atividades do evento. Em alguns momentos tivemos conflitos internos entre aplicar

questionário, fazer entrevista semiestruturada e participar de uma atividade autogestionada ou dos GT para acompanhar as discussões e participar de alguma PIS. Separamos um tempo para ser benzidas ou até mesmo descansar um pouco. Foram dias intensos de atividades e aprendizados.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde foi um espaço para trocas de experiências, ideias e saberes. Vivenciar falas de pessoas dos mais diversos territórios, com as mais diversas crenças e culturas, nos fez refletir acerca dos desafios postos a equidade, a participação social, a integralidade, a universalização, a descentralização, regionalização, entre outras tantas diretrizes e objetivos para a plena consolidação do SUS.

Enquanto profissionais da saúde, viver a máxima do controle social nos fez pensar e repensar nossos processos de trabalho e o território que vivenciamos. Vimos que algumas pessoas passam por dificuldades similares, vimos experiências exitosas, vimos pessoas que não pararam de lutar pelo SUS. Cresceu em nós o desejo de lutar e a sementinha do SUS cresce cada dia mais forte

O postulado deixado por Sérgio Arouca na 8ª CNS e que estampou as paredes da 16ª CNS é luz que dá direção ao nosso processo de aprendizagem, nos incita a ter a defesa do SUS além de um direito do cidadão, ele nos coloca na direção que busca uma sociedade onde as pessoas possam viver com mais dignidade.

REFERÊNCIA

SOUSA, J. M., LIMA, L. P. N., SOUSA, E. C. M., OLIVEIRA, O. R. O & OLIVEIRA, L. C. (2017). **Precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na atenção primária à saúde em fortaleza.** VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/precarizacaodoservicosdesaudeeasuas-implicacoesnoprocessodetrabalhoemsaude-na-atencaopr.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.



foto: Mariana Rapphae/Saude-DF 16^o CNS

AS MÚLTIPLAS VERSÕES DA PARTICIPAÇÃO PRESENTES NA 16ª CNS

Rodolfo Luis Almeida Maia¹³

A Conferência Nacional de Saúde (CNS) é um espaço institucionalizado de controle e participação social preconizado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8142/1990, que prevê que as conferências (municipal, estadual ou nacional) de saúde sejam realizadas com um intervalo máximo de quatro anos. Em 2018, foi convocada pelo Conselho Nacional de Saúde a 16ª CNS, que ocorreu em 2019 e contou com as etapas municipal, estadual e nacional. Via de regra, as Conferências de Saúde são formadas por delegadas/os, que são eleitas/os¹⁴ em seus territórios para representá-los e definir os rumos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) para os próximos anos.

No ano de 2019, a 16ª CNS contou com o projeto de pesquisa Saúde e Democracia: Estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, que buscou realizar um mapeamento sobre as/os participantes (delegadas/os, convidadas/os e demais pessoas) que se fizeram presentes nos quatro dias de atividades da etapa nacional. Para isto, foi selecionada uma equipe de cerca de 200 monitoras/es voluntárias/os que ficaram encarregadas/os de auxiliar nas diversas atividades de pesquisa. Fui informado sobre o edital de seleção das/dos monitoras/es de pesquisa através de uma divulgação via WhatsApp e me interessei em participar por conta do projeto de mestrado que desenvolvi sobre o tema da produção do controle social no SUS¹⁵. Depois de preencher um formulá-

14 Ao longo deste relato optei por utilizar uma linguagem não sexista com o padrão a/o, colocando o genérico feminino sempre à frente do genérico masculino, pois os dados obtidos com a pesquisa realizada na etapa nacional da 16ª CNS apontaram justamente uma maioria de mulheres entre suas/seus participantes (Ferla, Castro, Duarte, Araújo, Silva, Machado, Baptista, Souza, Teixeira, Mendes, Ceccim, 2019).

15 O projeto foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo sob orientação da prof.a Mariana Prioli Cordeiro. Durante o projeto, atuei junto a um grupo auto-organizado de moradoras/es do distrito da Brasilândia, periferia do município de São Paulo e busquei justamente investigar a forma como a noção abstrata de controle (ou participação) social é transformada em práticas concretas de reivindicação. A pesquisa gerou a dissertação intitulada “A Produção do Controle Social no

13 psicólogo. Mestre e doutorando em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo. Estuda os temas da participação e controle social, movimentos sociais e metodologias de pesquisa participante

rio com algumas informações acadêmicas e enviar uma carta de interesse, fui informado que havia sido selecionado para compor a equipe de monitoras/es voluntárias/os.

Foram quatro dias de trabalhos intensos e muito aprendido, nos quais participei de diversas atividades, dentre elas: aplicação de questionários quantitativos, entrevistas com roteiros semiestruturados, acompanhamento das discussões nos Grupos de Trabalho (GT), auxílio nas atividades de organização da pesquisa e participação das conferências de abertura e encerramento.

Todas essas atividades me proporcionaram uma experiência muito rica na qual pude ter um panorama geral do que foi a 16ª CNS. Pude conhecer pessoas de diversos lugares do Brasil, trocar experiências e, principalmente, aprender acerca das realidades tão diversas quanto desiguais do Brasil. Assim, este relato que aqui apresento é produto das atividades que desenvolvi enquanto pesquisador voluntário durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Chamou-me atenção, principalmente na realização das entrevistas semiestruturadas, a diversidade de concepções e formas de pensar a participação, algo que já havia notado no desenvolvimento do meu projeto de mestrado. Percebi que muitas das discussões presentes não somente na CNS, mas também nas diversas audiências públicas e nas reuniões e conselhos gestores de saúde que tive a oportunidade de acompanhar, refletiam uma disputa sobre múltiplas formas de entender (e produzir) saúde e, conseqüentemente, de pensar o significado da participação enquanto diretriz do SUS. É muito difícil, até mesmo para nós, trabalhadoras/es, acadêmicas/os e estudantes, conceituar, de forma direta e concisa, o significado de termos como saúde, doença, democracia, participação e

controle social. Isto se dá porque, conforme aponta Spink (2010), os processos de saúde-doença estão associados à dimensão do cotidiano e, portanto, cada um de nós tem uma forma diferente de lidar com a saúde:

As experiências no campo da saúde – nossas atividades do dia a dia, os problemas de saúde que enfrentamos ou que poderemos enfrentar no futuro e, sobretudo, as complicadas e tortuosas maneiras de manter-se saudável ou ser cuidado frente ao processo saúde-doença – são complexas e envolvem práticas profissionais que devem ser baseadas tanto no saber teórico-técnico quanto na erudição. A complexidade a que nos referimos não trata meramente de pontos de vista diferentes: das pessoas saudáveis, dos pacientes, dos médicos, dos profissionais de saúde, dos gestores e, é claro, da ciência. Trata-se da concomitância de múltiplas versões (LAW & MOL, 2002), de realidades fractais que são performadas de diferentes formas pelos muitos actantes sociais e materiais que estão presentes nessa rede heterogênea (SPINK, 2010, p. 42).

Assim, os processos de produção de saúde estão atrelados às realidades concretas e materiais das pessoas em seus cotidianos. Em outras palavras, saúde não é algo em essência. Pelo contrário, existem muitas formas de pensar e de praticar a saúde que estão diretamente relacionadas aos microlugares e microrrelações que constituem o cotidiano de vida das pessoas. Conseqüentemente, a dimensão da participação é o que garante que estas múltiplas realidades se façam presentes nos processos decisórios sobre os rumos do SUS.

Portanto, meu objetivo com este relato é apresentar algumas das diversas concepções de participação com as quais me deparei ao longo dos

SUS: Experiências com a Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia” (MAIA, 2020).

trabalhos como monitor de pesquisa na etapa nacional da 16ª CNS. Pensando na diversidade de experiências que tive ao longo das atividades, decidi trazer quatro cenas de momentos diferentes que me fizeram refletir acerca das minhas próprias concepções de saúde e participação, e de como elas guiam minhas práticas enquanto acadêmico e profissional de saúde.

AS MÚLTIPLAS FORMAS DE PENSAR (E PRODUIR) PARTICIPAÇÃO

O primeiro momento ocorreu na cerimônia de Abertura da 16ª CNS e deu o tom do que vieram a ser as principais discussões ao longo dos quatro dias de debates. Logo no início, um vídeo da fala do professor Sérgio Arouca¹⁶ durante a 8ª CNS lembrou as discussões acerca da concepção de saúde que orientou o texto incluído na Constituição Federal:

[Saúde] é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes. Que tenham direito a casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta. Que tenham direito à educação, a ter informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. Que tenham, direito a um meio-ambiente que não nos seja agressivo, mas, pelo contrário, que permita a existência de uma vida digna e decente. Que tenham direito a um sistema político que respeite a

16 Sérgio Arouca foi professor da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e presidente da 8ª CNS, ocorrida em 1986, que é considerada um ponto de virada nas discussões sobre o SUS. Se as conferências anteriores contaram apenas com a participação de representantes do Ministério da Saúde e de pesquisadoras/es, foi a partir da 8ª CNS que movimentos populares e grupos que reivindicavam melhorias no acesso a ações e serviços de saúde passaram a participar das CNS.

livre opinião, a livre possibilidade de organização, à livre possibilidade de autodeterminação de um povo e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência. Daquela violência resultante da miséria, que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja submetido ao medo da violência de um governo sobre o seu próprio povo para que sejam mantidos interesses que não são interesses do povo (AROUCA, 1986).

Além de atrelar a concepção de saúde às noções de direitos à educação, ao saneamento básico e à preservação ambiental, a fala de Arouca defende a ideia de que direito à saúde é também direito à participação e à autodeterminação política. Iniciar a 16ª CNS lembrando a noção de saúde que permeou as discussões na 8ª CNS, de certa forma, nos lembrou que não podemos discutir financiamento, Atenção Básica, vigilância epidemiológica, ou nenhum outro tema que envolva a implementação do SUS sem que discutamos qual a concepção de saúde que nos guia. E, conforme podemos entender a partir da fala de Arouca, saúde é, entre outras coisas, o produto de tensionamentos, embates e disputas acerca das diversas realidades deste país. Assim, os embates, conflitos e discussões que presenciei na etapa nacional da 16ª CNS não são necessariamente um problema. Muito pelo contrário, eles nos mostram justamente que não se pode pensar saúde sem se considerar as diversas realidades do Brasil. Controle e participação, portanto, não necessariamente produzem consenso, mas, muitas vezes, produzem conflitos.

Pensando justamente na dimensão dos tensionamentos e disputas, trago a segunda cena, que diz respeito ao treinamento inicial que recebemos da equipe que compôs a organização da pesquisa.

Uma/um das/os pesquisadoras/es lembrou a importância dos registros e documentos das CNS

para a posteridade e trouxe justamente a dimensão das pessoas que se fazem presentes nas conferências e que, por vezes, são esquecidas:

Geralmente, quando a gente conta a história das conferências, a gente fala aquilo que tá escrito nos livros, que a 8ª CNS foi um marco histórico para instituição do SUS, que foi dela que saíram as diretrizes que foram para a Constituição..., Mas a gente não tem informações sobre as pessoas que participaram dessa construção. Sobre quem foi essa gente que veio de longe pra cá, pra ajudar nessa construção coletiva que foi o SUS¹⁷.

De fato, muitos dos textos com os quais me deparei ao longo do meu projeto de mestrado contam a história da formulação e implementação do SUS a partir de macronarrativas, dando destaque a grandes referências políticas ou acadêmicas, mas é muito difícil encontrar informações sobre as diversas pessoas e movimentos populares de luta pela saúde que trouxeram as experiências e realidades locais para as discussões. Muitas vezes, as vozes que nos narraram aquilo que sistematizamos em forma de dados científicos, acabam sendo esquecidas. Portanto, a ideia da realização da pesquisa também era de dar cara, cor e gênero às pessoas que se fizeram presentes na 16ª CNS.

Outro aspecto que foi muito enfatizado pelas/os pesquisadoras/es no treinamento foi a forma como os dados produzidos pela pesquisa poderiam ser de muita utilidade para “rebater” críticas muito comuns de que os espaços de controle e participação social não seriam efetivos:

17 Ao todo, cerca de cinco pesquisadoras/es ministraram o treinamento inicial do qual me refiro. Como estas falas que estão sendo aqui apresentadas foram recuperadas dos meus diários de campo, não consigo informar com precisão qual das/dos pesquisadoras/es falou aquilo que aqui apresento.

A gente ouve falar muito que essas conferências de saúde, os conselhos são todos cooptados, e que são sempre as mesmas pessoas que vêm para as conferências. Então é isso que a gente também quer verificar com essa pesquisa. A gente quer botar essas críticas a prova e ver se elas se sustentam ou não.

Isso evidencia que o campo da produção científica também é um campo de disputa de narrativas. Muitas vezes, as críticas que são realizadas sobre os espaços institucionalizados de controle e participação social no SUS são realizadas de forma superficial, pautadas muito mais em opiniões e afinidades políticas do que em dados ou produções científicas¹⁸. Portanto, a produção de dados empíricos e a realização de pesquisas é um elemento fundamental nessa disputa de narrativas não somente acerca da efetividade dos espaços de controle e participação social, como também do SUS como um todo.

Assim, é fundamental que nós, pesquisadoras/es, nos perguntemos: a serviço de que(m) nossas pesquisas estão sendo produzidas? As produções acadêmicas conseguem de fato produzir um sentido junto às pessoas que dispõem seu tempo e nos oferecem suas histórias de vida? E como, entre dissertações, teses e artigos científicos, podemos pensar em formas de produção científica que encontrem ressonância fora dos espaços acadêmicos?

Esta questão da produção e utilização de dados e análises de pesquisa leva-nos à terceira cena, que

18 Quanto a isto, gostaríamos de citar o decreto no 9.759 de 15 de abril de 2019, no qual a Presidência da República extinguiu todos os colegiados (conselhos, comitês, comissões, juntas, equipes, fóruns, etc.) instituídos por decretos ou atos normativos inferiores a decretos, sob o pretexto de que estes espaços de controle e participação social “resultavam em gastos com pessoas que não tinham nenhuma razão para estar aqui, além de consumir recursos públicos e aparelhar o Estado brasileiro” (MOTTA, 2019). Todavia, nenhuma dessas afirmações encontra respaldo em dados empíricos.

trago a seguir. Tive a oportunidade de acompanhar as discussões em um Grupo de Trabalho (GT) que fazia parte do eixo “saúde como direito”. Ao todo, havia 45 participantes, de 18 estados do Brasil, sendo 32 mulheres e 15 homens.

Dentre as diversas propostas que foram debatidas ao longo dos dois dias de discussão nos GTs, uma delas chamou-me atenção, pois dizia respeito à retirada da obrigatoriedade da atualização cadastral para o atendimento no SUS. Muitos destaques foram feitos de pessoas contrárias a isto, justamente porque a atualização cadastral é aquilo que garante a possibilidade da geração de dados e Indicadores de Necessidades em Saúde (INS) territorializados. Diversas pessoas ficaram indignadas com a proposta e inclusive chegaram a chamá-la de “burra” e “sem cabimento”. Entre todas as críticas, uma delegada do Pará manifestou-se, informou que a proposta havia sido encaminhada de seu estado e passou a explicá-la:

Essa proposta veio lá do meu estado e já deu muita polêmica na Conferência Estadual, mas a gente manteve a proposta. O que acontece é que tem regiões muito violentas no interior do estado, com muita perseguição política e tem muita gente que precisa mudar de cidade com medo ou porque tá jurada de morte. Aí não consegue atendimento porque não tem um comprovante de endereço pra apresentar na UBS. Eu entendo o que vocês estão falando, mas a gente também não pode deixar essas pessoas sem atendimento.

Neste momento, uma delegada de São Paulo pediu a palavra. Pude ouvir alguns comentários como “lá vem esse povo de São Paulo de novo” ou “essa mulher pede destaque pra tudo”. Ela, então, passou a defender a importância da atualização cadas-

tral e terminou com uma frase bastante contundente:

Olha, eu entendo, mas isso são casos muito específicos. Não dá pra fazer isso virar regra! E eu não sei vocês, mas se eu chegasse na porta de uma UBS e se recusassem a me atender, eu ia fazer um escândalo lá, eu tô no meu direito! Iam ter que me matar mesmo!

Entre alguns gritos e xingamentos, a delegada do Pará simplesmente respondeu: “Vocês só falam isso porque não conhecem a nossa realidade!”. Após muitas conversas e discussões, a proposta não foi aprovada.

Esta cena demonstra exatamente o desafio de se construir um sistema público e universal, como o SUS, em um país com mais de 200 milhões de habitantes e com uma gritante desigualdade social, econômica e política. Eu, por exemplo, concordei com ambos os posicionamentos que estavam sendo expostos. Como profissional de saúde, entendo a importância do cadastramento para a produção de dados e INS, que também são considerados uma conquista importante do SUS. Porém, também me sensibilizo com as questões trazidas pela delegada do Pará, principalmente quando percebemos que muito daquilo que consideramos como uma obviedade pode significar, em contextos diferentes, exclusão. Portanto, o desafio é pensar em maneiras de lidar com estas realidades tão distintas de forma a não produzir desigualdades no acesso ao SUS (ou produzi-las o mínimo possível).

Obviamente a resposta não é tão simples quanto a delegada de São Paulo afirmou. Pelo contrário, mais do que uma tentativa de resolução do problema, a fala da delegada de São Paulo evidenciou uma dificuldade (ou talvez indisposição) que pude observar em diversos outros momentos das/dos delegadas/os dos estados da região sul e sudeste, principalmente daquelas/es que vinham de contex-

tos mais metropolitanos, em compreender as realidades que eram trazidas pelas/os delegadas/os das outras regiões do Brasil.

Se por um lado, as/os delegadas/os que vinham de regiões mais rurais do país, de um modo geral, tinham mais dificuldade em se colocar durante as discussões, por outro, elas/es sempre se mostravam mais dispostas/os a contribuir com a pesquisa e a disponibilizar seu tempo para conversar conosco. Por isso nós, enquanto monitoras/es de pesquisa, tínhamos uma importante missão de não reproduzir certas desigualdades regionais e igualmente dispor nosso tempo para ouvir e partilhar as histórias trazidas pelas pessoas com quem conversávamos. Para discutir esse aspecto, trago a seguir a última cena deste relato, que ocorreu enquanto eu realizava a aplicação de um questionário quantitativo.

Eu era considerado um aplicador um pouco mais lento que minhas/meus colegas justamente porque aproveitava a oportunidade do questionário para conversar com as pessoas que se dispunham a responder as 34 perguntas que compunham o instrumento de coleta de dados. Nisso, deparei-me com uma mulher que aparentava ter por volta de 40 anos e estava sozinha aproveitando o período do almoço para descansar. Ela se apresentou como delegada do segmento de trabalhadoras/es e representante do estado da Bahia, que participou pela primeira vez de uma CNS. Logo após a aplicação do questionário, ela começou a me contar a história de como conseguira sua vaga para a etapa nacional da CNS. Ela me contou que era auxiliar de enfermagem em uma UBS de sua cidade, ganhava um salário-mínimo por mês e acabou se candidatando para ir até a etapa estadual da CNS, na qual me contou um pouco de sua experiência:

A secretária [municipal de saúde] e o pessoal que foi comigo na estadual tava mais interessado em sair do que

em participar da conferência. Aí no dia da plenária final eles resolveram ir no shopping porque a secretária queria comprar uns presentes. Eles até me chamaram pra ir, mas eu não quis ir, porque eu tava lá pra participar da conferência, né? Pois eu fiquei pro final e quanto tavam tirando os nomes pra vir pra cá, me perguntaram se eu queria me candidatar. Não é que eu fui eleita? (risos)

Ela então me contou que enfrentou algumas dificuldades, pois a prefeitura não mostrou muita disposição em auxiliá-la em sua ida para a etapa nacional da 16ª CNS: “Acho que a secretária ficou com inveja, sei lá”. Segundo as normas da 16ª CNS, o hotel, o fornecimento de refeições e o traslado das/dos delegadas/os das capitais dos estados para Brasília, sede da etapa nacional da 16ª CNS, teriam seus custos pagos pela verba recebida pelo Conselho Nacional de Saúde. O transporte das/dos delegadas/os das suas cidades para a capital de seus estados era responsabilidade das prefeituras. Porém, a delegada me contou que teve que pagar do próprio bolso o deslocamento até Salvador. Eu perguntei como ela havia se sentido em relação a isso e ela me respondeu:

Eu comecei a perceber que não dá pra contar com eles [os políticos e representantes da gestão pública]. Se a gente quiser alguma coisa, nós mesmos temos que ir atrás, que batalhar pra mudar. É isso que eu tô fazendo e que eu fui aprendendo participando dessas conferências, sabe? Se a gente quer mudar alguma coisa, a gente precisa brigar pras coisas acontecerem.

A fala da delegada evidencia justamente que a construção de um SUS mais justo passa pela dimensão da participação social. Sposati e Lobo (1992) discutem justamente como as decisões sobre a gestão pública, em especial sobre as políticas sociais, no Brasil foram historicamente ba-

seadas em “conchavos políticos” e na “troca de favores”. Assim o controle e a participação social são fundamentais para romper esta tradição. É isto que a delegada traz quando ela diz que “a gente precisa brigar para as coisas acontecerem”. Portanto, a 16ª CNS, mostrou-se, em suas diversas etapas, como um espaço de encontros e de trocas de experiências que são fundamentais para que as pessoas se apropriem da ideia de que uma política pública não é (ou pelo menos não deveria ser) pensada e construída à revelia dos interesses dos grupos e comunidades mais vulnerabilizados.

De um modo geral, posso afirmar que a experiência como monitor de pesquisa na etapa nacional da 16ª CNS foi um dos momentos mais significativos que pude vivenciar ao longo do meu processo de pós-graduação.

O que tentei sintetizar, neste pequeno relato de experiência, foi a participação não tem um significado em si mesma. Pelo contrário, são as múltiplas formas de pensar e de se produzir participação. Este é um dos aspectos centrais da implementação do SUS: a possibilidade de (re)produzir, nos cotidianos dos diversos serviços, programas e espaços de debate, um sistema que leve em consideração as múltiplas realidades do Brasil.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. (1986). **Palestra de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. (Comunicação pessoal, 17 de março de 1986). Recuperado de https://www.youtube.com/watch?time_continue=273&v=_HmqWCTEeQ&feature=emb_title
- FERLA, A. A. et al. **Relatório final da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019.
- MAIA, R. L. A. **A Produção do Controle Social no SUS: Experiências com a Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia**. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2020.
- MOTTA, Cláudia. **Extinção dos conselhos afeta participação social nas políticas públicas**. Participação em Foco. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: <http://ipea.gov.br/participacao/destaques/163-noticias-destaques-pequeno/1816-extincao-conselhos-politicas-publicas>. Acesso em: 18 jan. 2022
- SPINK, M. J. P. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. **Quaderns De Psicologia**, n. 12, v. 1, p. 41-56, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.752>. Acesso em: 18 jan. 2022
- SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 8, v. 4, p. 366-378, 1992. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400003>. Acesso em: 18 jan. 2022

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE DEMOCRACIA



foto: Eduardo de Oliveira - Indígenas dançando na 16ª CNS.

A VIVÊNCIA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: O OLHAR COMO PESQUISADORA

Irani Santos Silva¹⁹

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu da luta de muitos atores sociais comprometidos com o Movimento da Reforma Sanitária, que defendia um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade. Na época do surgimento do SUS, lutava-se pela redemocratização do país, o que influenciou no sentido de colocar a participação da comunidade na pauta de reivindicações da saúde, tornando-se um princípio fundamental do SUS (COELHO, 2012).

A participação social permite que a sociedade exerça controle sobre as condições que determinam o exercício dos seus direitos, influenciando na construção das políticas públicas, bem como em seu acompanhamento e sua avaliação. No âmbito da saúde, esse exercício é fundamental para promover equidade e transformar a atenção à saúde (COELHO, 2012). Para efetivar a participação popular é necessária a existência de sujeitos coletivos, que são os movimentos ou organizações que congregam um conjunto de pessoas com interesses semelhantes e atuam em defesa desses interesses (CONASS, 2009).

As conferências e conselhos de saúde enquanto mecanismos de participação social institucionalizados, regulamentados por lei, se configuram como espaços importantes para o exercício da cidadania e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo (CONASS, 2009). Essas instâncias representam experiências concretas de gestão participativa e têm contribuído para a democratização do sistema de saúde (COELHO, 2012).

As conferências de saúde congregam pessoas com o intuito de discutir, aprovar e inserir na agenda pública propostas no âmbito da saúde que sejam representativas das demandas da sociedade. Ricardi, Shimizu e Santos (2017) salientam o papel

¹⁹ Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

relevante das conferências de saúde na democratização da participação social em saúde, sobretudo pelo seu caráter ascendente, sendo organizadas em etapas que se iniciam nos municípios, e seguem para as estaduais e para a nacional. Portanto, é possível discutir as necessidades de saúde desde o nível local até a proposição de políticas a nível nacional. Nas conferências nacionais, a produção do relatório final traz deliberações no formato de diretrizes, propostas e moções, buscando subsidiar a gestão e favorecer o monitoramento das ações por parte da população (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Segundo POGREBINSCHI (2012), as conferências nacionais, tanto as conferências de saúde como as de outras políticas públicas inovam ao agregar muitas pessoas de diversos lugares do país e possibilitar a deliberação de políticas públicas pelos próprios sujeitos a quem se destinam essas políticas. A autora ainda afirma que tais espaços participativos têm alcançado uma abrangência cada vez maior, assim se tornaram mais inclusivos, possibilitando a participação de um público mais diverso e heterogêneo, representando grupos sociais e culturais que outrora não encontravam espaço para reivindicar suas demandas.

As conferências de saúde devem pautar o planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores. Porém, ainda tem se estudado pouco sobre a efetividade dos espaços de conferência (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017). A Pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde, contribui ao avaliar a participação social em saúde, identificando o perfil dos e das participantes da conferência e como constroem a luta em defesa do SUS em seus territórios. De acordo com a visão dos e das participantes, a avaliação dos sentimentos em relação às confe-

rências traz indicativos do quanto esses espaços são realmente considerados efetivos. A pesquisa coloca em evidência a necessidade de pensar e discutir sobre esses espaços de controle social e os resultados obtidos a partir do envolvimento de muitos pesquisadores voluntários sugerem muitos desdobramentos.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, ao resgatar o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS, traz à tona a luta contra os atuais ataques à democracia e ao SUS. Atualmente, o SUS enquanto política de Estado vem sendo fragilizado, o que demanda uma defesa mais intensa dos ideais da Reforma Sanitária.

A EXPERIÊNCIA COMO PESQUISADORA NA 16ª CNS

Pesquisar é ir ao encontro de respostas. De acordo com Max Weber, para compreender os fenômenos, o pesquisador seleciona os dados da realidade que deseja pesquisar e procura dirigir sua atenção para os aspectos qualitativos e singulares do seu objeto. Ele discorda do paradigma da ciência positivista, que busca a objetividade, a imparcialidade e neutralidade do pesquisador. Na sua visão, na explicação dos fenômenos sociais e culturais, o pesquisador não traduz exatamente a realidade que observa e seu ponto de partida não é o objeto ou a própria realidade, mas o próprio sujeito e suas preocupações (SELL, 2012).

Enquanto pesquisadora, não pude deixar de me afetar pelas histórias e pelos acontecimentos desse evento histórico que é a conferência nacional de saúde. O “pesquisar em ato” possibilitou a imersão em um contexto de interações reais entre os sujeitos da pesquisa e os pesquisadores, o que se traduz em vantagens para captar os diferentes significados da experiência, mas também em desafios. Participar da pesquisa permitiu tanto ouvir os

anseios dos participantes quanto identificar e reconhecer outras pessoas que travam lutas parecidas e comungam com os ideais do SUS.

Considero o momento da aplicação dos questionários e das entrevistas um momento rico de aprendizagem, pois pude aprender sobre os inúmeros desafios e as estratégias utilizadas por sujeitos que possuíam uma trajetória longa na luta pelo SUS, enquanto outros estavam participando há pouco tempo dessa construção e traziam muitas expectativas e desejos de mudança. Diante da diversidade de entrevistados, era gratificante encontrar pessoas de realidades parecidas ou mesmo de realidades diferentes, e poder se enxergar em seus relatos, vivências e lutas. Mesmo não podendo votar nas propostas, existiam pessoas ali que nos representavam e pude, então, entender o verdadeiro sentido da representação social.

A pesquisa proporcionou a experiência de ouvir sobre o Sistema Único de Saúde por diferentes olhares, do gestor, do trabalhador e do usuário. Em relação à participação dos usuários há algumas observações, pois estes possuíam diferentes níveis de escolaridade e renda, além das diferenças de raça e gênero, o que impacta no acesso às oportunidades e aos espaços de poder na nossa sociedade, além de nos levar a refletir sobre muitos usuários que ainda não ocupam esses espaços de conferências: o que temos feito para atrair essas pessoas? Por outro lado, encontrar representações dos lugares mais remotos e representantes de diferentes grupos sociais acende uma esperança e fortalece a confiança no controle e na participação social. Todavia, concordo com o pensamento de Coelho (2012) de que a participação social para construir o SUS vai além dos espaços de conferências e mesmo dos conselhos, visto que não bastam para contemplar a diversidade de opiniões da sociedade em toda a sua complexidade de atores.

Estar nesse espaço enquanto pesquisadora aguçou o meu olhar para as potencialidades encontradas, como a presença marcante dos movimentos sociais, a participação da juventude, a inclusão de discussões inovadoras na saúde, a oferta de cuidados com práticas integrativas e complementares, a participação da Tenda Paulo Freire pautando a educação popular, o incentivo à participação livre nas atividades autogestionadas, entre outras. Por outro lado, as fragilidades persistem e observa-se nesse espaço os conflitos de poder e disputas políticas que são reflexo da nossa sociedade. Percebe-se também a necessidade de difundir as informações e conhecimentos para fortalecer a luta pelo direito social à saúde e permitir a inclusão de todos nas discussões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A 16ª CNS teve como características principais a forte mobilização e representatividade de diversos grupos sociais. As várias atividades permitiram o encontro de lideranças e movimentos sociais, possibilitando a articulação de estratégias de luta. Os encontros na grande plenária foram marcados por mobilizações e gritos de guerra, sendo entoado várias vezes o lema “O SUS é nosso ninguém tira da gente”.

Os tempos atuais colocam novos desafios para a participação social. O nosso modelo de saúde tem sido questionado e o contingenciamento dos gastos públicos tem sido pautado em detrimento de uma saúde pública e universal. O atual governo, com padrões autoritários e conservadores, tem acentuado divergências políticas, sendo observado na conferência a coexistência de posturas progressistas e conservadoras. Contrapondo as intolerâncias e os discursos preconceituosos, as lutas e mobilizações no campo da saúde devem reafirmar o compromisso com o bem-estar de toda

a população, defendendo a saúde, a democracia e todas as formas de existência.

Vivenciar a conferência nacional de saúde, ainda mais no contexto atual, possibilitou a compreensão dos espaços de controle social, bem como a problematização de questões que desaguam na proposição de uma agenda para a saúde dada a partir da avaliação da democracia em que ela se constitui. Além de um espaço vivo de formação, a experiência permitiu repensar o fazer em saúde, bem como desenvolver estratégias para pautar a participação e o controle social com os usuários.

Enquanto residente em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que forma trabalhadores para atuarem no SUS, destaco a importância desta vivência no meu processo formativo, reafirmando o compromisso da residência em saúde para consolidação do SUS. Ressalto, além da atuação na pesquisa, a participação em reuniões com jovens e estudantes de vários estados, criando laços e redes colaborativas. Durante essas reuniões, discutimos a importância de potencializar outros espaços de participação social, que não se encerram com a conferência. Tais discussões me motivaram a empenhar mais esforços para construir o controle social e pautá-lo na minha atuação profissional.

Concluo, afirmando o quanto é necessária a reflexão sobre os espaços de controle social, visando a constante renovação destes e a participação cada vez maior dos usuários. Além de discutir e propor estratégias para se pensar na participação social em outros espaços na comunidade, buscando a aproximação com os movimentos sociais para que se possa debater na saúde pautas inclusivas e democráticas.

REFERÊNCIAS

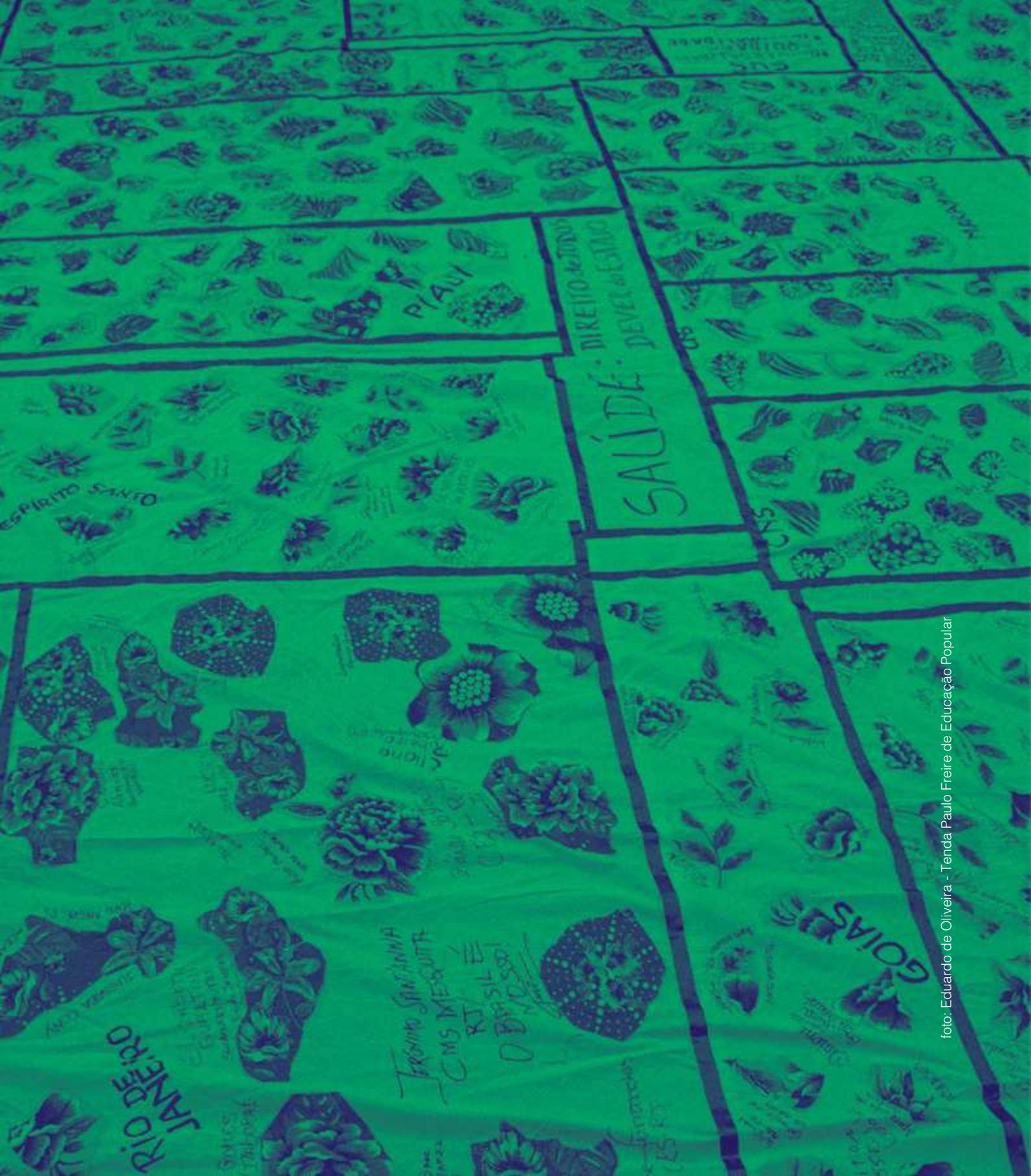
COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.**, n. 21, v. 1, p. 138-151, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: 2009.

POGREBINSCHI, T. **Conferências nacionais e políticas públicas para grupos minoritários**. Rio de Janeiro: Ipea. (Texto para discussão, n. 1741), 2012.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde Debate**, n. 41, v. 3, n. especial, p. 155-170, 2017.

SELL, C. E. **Sociologia clássica: Marx, Durkheim e Weber**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.



ESPIRITO SANTO

PIAUÍ

DIREITO de TODOS
DEVE ser o mesmo

SAÚDE:

RIO DE JANEIRO

FERNANDA SANT'ANNA
CIMS MESSUTTA
RITA SILVEIRA
DANIELA SOUSA

GOIÁS

foto: Eduardo de Oliveira - Tenda Paulo Freire de Educação Popular

ENTRE MÃES E FILHAS

Valéria Cristina Gomes de Castro²⁰
Thaís Castro Madeira²¹

Discutimos neste texto a experiência de participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília em agosto de 2019. Nesse espaço compartilhamos vivências, impressões e opiniões que marcaram esta como uma importante oportunidade de compreensão dos caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade e a organização política dos movimentos sociais no Brasil em torno de questões de saúde. Por mais de 30 anos acompanhando e participando da gestão e assistência no sistema público de saúde brasileiro, mesmo antes do SUS, destacamos toda essa trajetória a participação da sociedade nas decisões do sistema e sua inquestionável relevância como muito relevante.

O interesse em participar da 16ª conferência ocorre em um momento de estudos e aprofundamento sobre o tema, em que a visão sobre os espaços democráticos, especialmente na saúde é ainda mais valorizada e refletida, para que avancemos em formas emancipatórias de se viver. A participação na conferência possibilitou também que nós, mãe e filha, participássemos conjuntamente como voluntárias na pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A longa militância no SUS certamente influenciou a formação das novas gerações. As conversas em casa, a defesa contínua da necessidade de um sistema de saúde público, universal e equânime, são valores repassados e concepções herdadas de longa data. Porém, a possibilidade de experimentar a riqueza de ver tantas pessoas de diferentes origens e a força dessa mobilização, talvez somente se traduza em legados em práticas futuras. A influência da história e da ancestralidade na visão de mundo é algo que se refina e se percebe com o amadurecimento. Só o tempo!

As reflexões dessa experiência, aliadas as nossas concepções teóricas é que retratamos a seguir. Destacando a importância da participação popular

20 Assistente Social. Tecnologista em Saúde Pública/Fiocruz. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ e Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

21 Assistente Social. Mestranda em Políticas Públicas em Direitos Humanos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

e a participação das mulheres na organização do sistema de saúde.

CONSELHOS DE SAÚDE, MOVIMENTO E RETÓRICA

Os conselhos são experiências que retomam ao início do século XX, inspirados nos conselhos operários e populares, sendo uma das principais posições socialistas de organização da sociedade. Todavia, na atualidade os conselhos e conferências estão distantes dessas formulações e representam formas institucionalizadas de pactuação e participação política na esfera burocrática. A defesa de interesses em uma sociedade de classes em que os interesses privados e corporativos ultrapassam a coletividade e tornam a garantia de direitos um desafio, por vezes, intransponíveis e a participação política deveras desafiadora. É o que analisa Bravo e Menezes (2015) ao analisar as lutas da “Frente Contra a Privatização da Saúde”, em que ressalta os limites dos espaços institucionais e a necessária articulação das discussões desses fóruns com uma perspectiva mais ampla de mobilização da sociedade.

Esta Frente se propõe a dar continuidade à luta pela consolidação incompleta do SUS e da Reforma Sanitária e avança ao defender a estatização da saúde. O desafio maior é impedir que os interesses do capital, corporificados no setor privado e na indústria de medicamentos e equipamentos, continuem impedindo esta consolidação. A luta pela saúde exige mudanças no conjunto da sociedade, através do enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais e de transformações societárias radicais, com vistas à outra sociabilidade para além da capitalista (BRAVO; MENEZES, 2015 p. 11).

O fortalecimento ocorrido nos últimos anos no Brasil sobre os espaços institucionais de participação política, valorizados principalmente em forma de conferências e conselhos, foram ampliados por meio de estratégias de rodas de conversas; vídeos; músicas e danças; e outras formas de expressões culturais e artísticas, além de fortalecimento das discussões locais, como conselhos específicos, o que contribui para novas ideias e diálogos. Todavia, as políticas participativas no país ainda se configuram por núcleos densos de decisões, por formas organizativas e linguagens mais eloquentes a aquelas pessoas próximas ao processo decisório do sistema e a rotina da gestão pública. Por outro lado, a hierarquização da participação como processual nas diferentes instâncias (distrital, municipal, estadual e federal), pode favorecer o acompanhamento e aprofundamento dos problemas a partir de sua origem.

As decisões tomadas, embora nem sempre sejam percebidas, estão relacionadas a uma visão ampliada de saúde, compreendida em uma concepção de bem estar físico, psíquico e social que interferem diretamente no cotidiano e são relevantes para mudanças das condições de vida; do exercício da cidadania; manutenção da democracia e redução da pobreza e da fome em países com profundas tradições oligárquicas e autoritárias como o Brasil, em que mulheres, negros, indígenas, população LGBTQI+ e outros grupos populacionais sofrem frequentemente discriminações e violência.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E OS DESAFIOS NO SUS

A população mais pobre e que utiliza exclusivamente o SUS, em boa parte, reside em territórios de favelas, subúrbios e áreas rurais. Os territórios populares, principalmente nas grandes cidades brasileiras, são bem demarcados, constituídos em regiões em que as condições básicas de vida se deterioram, seja no acesso ao saneamento básico

ou na educação e saúde pública, nos transportes, entre outros, em que se encontra prejudicado até mesmo o direito básico de ir e vir. Esses bairros, na maior parte do país, são habitados pela população excluída socialmente, configurando uma população vulnerabilizada diante da violência, da escassez de acesso a bens e serviços e dos riscos ambientais.

A ampliação da participação política nesses territórios significa romper com formas seculares de opressão e mecanismos ideológicos de subordinação que desvalorizam e inferiorizam a participação política dessas pessoas. Há muitos aspectos objetivos e subjetivos da dominação que se reproduzem na vida cotidiana e no trabalho que dificultam mudanças na garantia de direitos sociais - como a erradicação da pobreza e garantia de liberdade - perpetuando antigas desigualdades entre raças, gêneros e etnias, sendo este um aspecto marcante na condição de classe social no Brasil e em todo continente que precisa ser superado.

As alternativas políticas populares construídas ao longo dos últimos anos no Brasil foram fundamentais para ampliar essa base de sustentação do SUS, porém, incapaz de resolver as desigualdades sociais. Consideramos que mudar as condições de vida em países com história de desigualdades e injustiças profundas como o Brasil, e outros países do continente Latino-Americano, implica na criação de políticas que possibilitem distribuição de renda, mas também a superação da ideia hegemônica dos pobres como oriundos da chamada “classe perigosa”, capaz de promover indiscriminadamente a violência e de se apropriar indevidamente do que não lhe é de direito. Isto significa superar a noção implícita do conceito de pobreza que abrange a concepção do termo, ou seja, da palavra que contém o sufixo ‘eza’, mas é originária da palavra pobre, do latim pauper, radicado em paucus, pouco, ou seja, pobre é ‘quem produz pouco’.

A construção de redes de articulação e organização política é um direito humano, de livre associação, de expressão, de cultura e participação, mas que está imersa em condições reais, não devendo gerar ideias que naturalizem e simplifiquem as complexas relações existentes e ignorem as múltiplas determinações sobre os processos de representação democrática. Cabendo a todos que se interessam pelo objetivo de uma vida digna e longe da barbárie, compreender a importância de ampliação da participação nos espaços institucionais a toda sociedade, pois sem ela, reproduziremos indefinidamente a mesma lógica de dominação e exploração contrárias à emancipação humana.

MULHERES, TERRITÓRIOS E A LUTA PELA SAÚDE

As mulheres são historicamente submetidas à violência a exploração e a pauperização econômica. Segundo Federici (2017) as mulheres sentem diretamente as mudanças do desenvolvimento econômico contemporâneo e em diferentes épocas são expostas a valores que justificam seu sofrimento e morte, é o que ocorreu na caça às bruxas nos séculos XVI e XVII, principalmente na Europa com o ataque genocida a centenas de milhares de mulheres em nome da religião, e que sob outra perspectiva, vitimizam tantas mulheres na atualidade.

Uma vez mais muito da violência empregada é dirigida contra as mulheres, porque na era do computador, a conquista do corpo feminino continua sendo uma pré-condição para acumulação de trabalho e riqueza, tal como demonstra o investimento institucional no desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas que mais do que nunca, reduzem as mulheres a meros ventres (FEDERICI, 2017).

Para aquelas mulheres oriundas de classes populares e moradoras de periferias, há uma sobre-

carga de trabalho, obrigações e violências, nem sempre percebidas. Para Lélia Gonzales (1984) o lugar em que ocupamos determina diretamente as nossas interpretações sobre o que é o racismo e sexismo. Produzindo diversas formas de violências físicas e simbólicas, principalmente sobre as mulheres negras. É o que a autora discute sobre a terminologia “mulata” e “doméstica”, tratadas muitas vezes de maneira pejorativa, sem que sejam compreendidas como tal por aqueles que não sofrem tal preconceito, é o que no Brasil se oculta como uma suposta democracia racial.

Como todo mito, o da democracia racial oculta algo para além daquilo que mostra. Numa primeira aproximação, constatamos que exerce sua violência simbólica de maneira especial sobre a mulher negra. Pois o outro lado do endeuamento carnavalesco ocorre no cotidiano dessa mulher, no momento em que ela se transfigura na empregada doméstica. É por aí que a culpabilidade engendrada pelo seu endeuamento se exerce com fortes cargas de agressividade. É por aí, também, que se constata que os termos mulata e doméstica são atribuições de um mesmo sujeito. A nomeação vai depender da situação em que somos vistas (GONZALES, 1984).

As questões que envolvem as mulheres são transversais nas diferentes classes sociais, especialmente a violência doméstica, mas certamente as da classe trabalhadora sofrem violações de direitos de maneira mais contundente. Os movimentos feministas resgatam a história de mulheres na luta pela sobrevivência e resalta a importância do movimento organizado, trazendo à tona relações patriarcais que mantêm privilégios em defesa de interesses conservadores e de reprodução do capital. A manutenção desses valores encontra na argumentação em defesa da família tradicional seu

mais profícuo terreno, em que a defesa da moral escamoteia e esconde a superexploração do trabalho, a subordinação e isolamento de muitas mulheres e a exposição à violência.

A educação é outro aspecto importante quando nos referimos à importância da mulher na sociedade, seja na educação formal ou informal, o papel feminino de educadora é muito relevante e frequentemente evocado por sua reprodução de valores da sociedade patriarcal. Assim, busca-se evitar que formas de pensamentos libertadores alcancem de maneira mais abrangente esse grupo, mantendo-as afastadas de possíveis influências. Isso é o que se observa atualmente no Brasil ao se veicular o interesse de educar crianças em casa, afastando-as das escolas. Esse movimento tem um duplo significado, de aprisionamento da prole no universo familiar e religioso, e de afastamento do convívio público de mães e responsáveis que permanecerão assim, dentro dos limites do controle doméstico definidos pelos homens.

O feminicídio ainda assusta e ameaça, fazendo das mulheres o elo mais evidente da moral conservadora com a exploração capitalista, vitimando pessoas e expondo as mazelas e as características mais cruéis da barbárie em nossa sociedade. Mas a mobilização e a organização em redes de proteção e de educação poderão fazer diferença, possibilitando fins menos trágicos. A participação política na luta pela saúde também pode contribuir para que as mulheres compreendam e rompam com situações de opressão e não reproduzam valores que subordinem, oprimam e criminalizem outras mulheres.

A relação feminina de maternidade pode ser uma opção enriquecedora para mães e filhas, um exercício de conquistas e liberdade. A participação feminina em movimentos sociais em fóruns institucionais deve ser estimulada e compreendida como ação transformadora, para que possamos enfren-

tar e prevenir os riscos e mazelas que frequentemente expõe mulheres e crianças ao adoecimento, como o caso do vírus da zika, do câncer de mama e de útero, da depressão pós-parto, da anemia falciforme, de intoxicações, violência obstétrica, entre tantas outras situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade das lutas sociais estabelece formas de comunicação e linguagens que devem ser compartilhadas em ações cooperativas no enfrentamento das complexas formas de expropriação do capital na atualidade, em que o uso da tecnologia pode favorecer o alcance das reivindicações e continuidade das lutas.

A experiência da participação na conferência foi muito importante, pela alegria de vivenciá-la como um território de afetos e de construção de subjetividades e ações concretas na luta pela saúde, em ver tantas pessoas, especialmente mulheres, de diferentes lugares do país, origens e crenças (indígenas, negros, brancos, quilombolas, ribeirinhos, moradores de favelas, idosos, religiosos, pesquisadores, gestores entre tantos outros), preocupados com um serviço de saúde de qualidade e gritando com o peito aberto e punhos cerrados que “saúde não é mercadoria”.

A prática da pesquisa pode contribuir para ressignificações sobre as experiências vividas, tanto dos entrevistados como dos pesquisadores, o que contribui para reinvenção de histórias e dos lugares. É o que discute Fernandes ao ressaltar a importância da história oral, o que em parte também pode ser percebida também em algumas formas de entrevistas.

Tais características da narrativa são individuais e singulares e configuram-se como interpretações da própria experiência, que ao ser recordada, é reinventada e ressignificada. Des-

ta forma, o depoimento oral não se consolida no ato de narrar acontecimentos, e sim através de significados acerca deles e das representações constituídos individualmente. É o sujeito histórico social que dá corpo a narrativa e permite a reconstrução das experiências do passado a partir do presente, no qual se inclui com o partícipe da história de determinado grupo social ao qual se referencia (FERNANDES,2009).

Do ponto de vista pessoal, devido a um problema urgente de saúde na família, precisamos nos ausentar antes do fim da conferência, enfrentando 17 horas de ônibus até minha cidade, na companhia da minha filha, claro!

Entrem, mães. Entrem, filhas. O SUS é nosso!

Figura 1- Tenda Paulo Freire de Educação Popular e Painel da 16ª CNS

REFERÊNCIAS

- BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. **Lutas contra a Privatização da Saúde na Atualidade**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis, MA. 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/lutas-contra-a-privatizacao-da-saude-no-brasil-na-atualidade.pdf>. Acesso em: 14 de jan. 2020.
- FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.
- FERNANDES, T. e COSTA, R. **Histórias de Pessoas e Lugares: memórias das comunidades de Manguinhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- GONZALES, L. Racismo e Sexismo na cultura brasileira, **Ciências Sociais Hoje**, n. 2, p. 223-244. ANPOCS, 1984.



Tenda
PAULOFREIRE
SUS EmCena

Cofen

Ministério da Saúde



EDUCAÇÃO POPULAR
EM SAÚDE



RELATO DE EXPERIÊNCIA NA PESQUISA “SAÚDE E DEMOCRACIA: ESTUDOS INTEGRADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE”

Flávia Santana Lima

Meu caminho de reconhecimento e luta pela saúde pública ocorreu de forma muito gradual. Assim como em um romance que se inicia com um encanto, depois vira uma amizade, finalmente chegando ao “perdidamente apaixonado”, hoje já não vejo sentido em uma vida sem a militância pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isso é quase um amor de filho, pois o SUS está presente em nossas vidas mesmo antes do nascimento, mesmo sem termos consciência de toda a sua amplitude. Da garantia ao primeiro atendimento pré-natal até a garantia de qualidade sanitária dos alimentos que consumimos e produtos que utilizamos diariamente, tudo perpassa direta ou indiretamente o nosso SUS. Interesses alheios de instituições midiáticas, políticas, empresariais, entre outras, muitas vezes tentam macular o papel que ele tem na sociedade brasileira, e isso sem dúvida leva muitas pessoas a não reconhecerem o seu valor. Daí a participação social aparece como uma forma de emancipar a população dessas ideias deturpadas, e as conferências de saúde têm um papel fundamental nesse processo.

Para iniciar este relato, refleti sobre o que me levou até a 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS), que foi a primeira “fagulha” que fez de mim uma entusiasta da saúde pública. Foi assim que percebi que, para começar, devo literalmente minha vida ao SUS, pois eu e minha família dependeu dele para ter um acesso básico de saúde, já que não poderíamos pagar. Como moradora até meus 26 anos de Ceilândia, maior região administrativa periférica de Brasília, e filha de pais retirantes, minha mãe vinda do Piauí e meu pai de Goiás, ambos com poucos anos de estudos, sem muitas condições financeiras e em busca de melhores condições de vida, a saúde não poderia ser mais um “gasto”.

Um momento específico em que todo o aporte do SUS me marcou foi quando minha mãe teve câncer. Infelizmente, nosso sistema de saúde pode

ainda não ser tão sensível para um diagnóstico precoce e um pronto tratamento, mas o que conseguimos foi o que deu sobrevida a minha mãe, e isso fez total diferença para nossa família. Em um hospital particular, meu irmão chegou a ouvir de um médico que poderíamos vender casa, carro, e que ainda sim não seria suficiente para cobrir os gastos de internação, quimioterapia e tratamentos de suporte. Na rede pública, além de ver minha mãe sendo cuidada, também me senti cuidada, pois só quem acompanha e cuida de um enfermo sabe que acaba sendo “internado” junto. O momento em que mais senti esse cuidado e acolhimento foi após sua morte, com uma equipe de cuidados paliativo para a qual não tenho nem palavras para agradecer pelo apoio e um pouco de conforto que recebi em um momento terrível. A afetividade desses profissionais é o que levo como recordação do que é o SUS, e são inspirações para minha vida profissional e pessoal.

Durante minha graduação em medicina veterinária, logo me interessei pela área de Saúde Pública, pois reconheci na Saúde Única a forma mais integral e transformadora para a saúde e para a sociedade como um todo. Tive experiências enriquecedoras em estágios e projetos nessa área, e algumas matérias que me fizeram conhecer melhor o SUS, mas só fui compreender melhor tudo o que ele é, inclusive sua trajetória histórica e o papel das conferências em seu processo durante minha especialização em Saúde Coletiva na Fiocruz – Brasília. Posso afirmar que a participação como pesquisadora na 16ª CNS é uma das partes importantes da minha formação.

Ao saber da seleção para monitores de pesquisa na 16ª CNS, logo me entusiasmei. Já sabia da importância das conferências na garantia da saúde como direito, e me impressionava o fato de ser o maior evento de participação social do país. Vi que seria uma grande oportunidade para participar da minha primeira conferência. Outro fato de grande

simbolismo que demonstrava a importância desse evento era o resgate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi revolucionária por propiciar o sistema de saúde que temos até hoje. Neste tempo de retrocessos, resgatar os ideais democráticos é essencial e nos fortalece. A denominação da conferência como 8ª+8 e a escolha do tema Democracia e Saúde já deixaram claro que seria um evento histórico, como foi.

Ao sair a primeira lista de pesquisadores, fiquei decepcionada por não ter sido selecionada, mas como fiquei entre os suplentes, que assumiriam caso houvesse desistência, mantive a esperança e continuei acompanhando. Na segunda chamada, eu estava entre os selecionados, para minha alegria. Na reunião de capacitação já foi possível perceber a magnitude que teria essa pesquisa, com pessoas de vários estados e formações diferentes, foi um momento de grande troca. Quando a proposta da pesquisa e os questionários nos foram melhor apresentados, pudemos dar nossas contribuições acerca de vários aspectos, como sobre o conteúdo das perguntas e como seriam feitas as entrevistas, algo enriquecedor, visto que uma boa parte das pessoas ali já tinha alguma experiência com diferentes tipos de pesquisas.

Só o porte e a quantidade de participantes desse evento não deixava dúvida de que essa pesquisa seria um desafio. Isso ficou mais claro no primeiro dia, ao ver aqueles milhares de rostos de diferentes lugares, mas ao mesmo tempo nos instigou ainda mais para conhecer melhor aquela pluralidade de ideais, anseios, histórias e lutas. Para mim, foi uma excelente oportunidade para praticar a abordagem das pessoas e a condução de uma entrevista. É um aprendizado que levarei para minha vida acadêmica e profissional.

Pude ter contato com uma diversidade de pessoas. Havia diferenças culturais, de gênero, de classe social, de instrução, de cor, de idade etc.,

mas sempre percebi algo em comum entre essas pessoas, como um certo ar de preocupação, decorrente, dentre outros motivos, do atual cenário político e social. Era o primeiro ano de um governo considerado de extrema-direita, e até aquele momento já havia ocorrido muito retrocesso na saúde e em outras áreas importantes, como as medidas de austeridade fiscal com amplo contingenciamento de recursos. Algumas pessoas se demonstraram bem pessimistas, inclusive com a própria conferência. Porém, notei que esse sentimento se esvaiu mais com o decorrer das entrevistas e do evento, e a esperança foi tomando seu lugar nas falas e olhares dos participantes. Sem dúvida, a grande quantidade de debates, falas inspiradoras, deliberações e uma energia de alegria e luta ia tomando conta de todos.

Neste momento em que escrevo o relato, me vem à memória algumas das pessoas com quem tive o prazer de conversar para fazer a pesquisa. Um senhor que participou também da célebre 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986; um veterinário, que me causou alegria por estar ali representando minha categoria profissional; um indígena, que por um momento refletiu sobre o que responder à pergunta sobre credo ou religião, já que em sua cultura isso não é tão determinado quanto na nossa, o que me fez refletir também; uma senhora, sentada em uma cadeira, com os pés inchados e aparência cansada devido à viagem, mas que quando me viu disse que queria muito ser entrevistada e já estava me esperando; entre tantas outras pessoas. Rostos cansados, animados, felizes, zangados e alguns até meio perdidos, e em todos se podia encontrar sempre algo a mais que contribuía para a compreensão do que foi a 16ª CNS.

Uma das pessoas que ficou mais marcada em minha memória sobre essa experiência foi uma senhora muito simpática que abordei para entrevistar. Ela vinha de uma cidade pequena, acompanhada pelo marido, e todo aquele movimento lhe

era algo totalmente fora da rotina, causando-lhe até mesmo um pouco de ansiedade. Por ter pouca instrução e não compreender totalmente aquele evento, além de nunca ter participado de uma pesquisa, ela hesitou em me responder, achava que não conseguiria. Disse a ela que sua participação era tão importante quanto a dos outros, já que ela fazia parte daquele evento, e vi que aquilo lhe trouxe um pouco mais de pertencimento. Li cada pergunta com calma, e ela foi falando de si e dando sua opinião sobre como a saúde era importante, além de contar sobre suas netas e a saudade que já estava sentindo delas. Ao final, ela agradeceu por participar, e vi que aquela conversa trouxe muito mais do que simples resultados para uma pesquisa, trouxe também um momento de escuta para mim e de fala para essa senhora, trazendo uma afetividade e um conforto naquele momento para nós duas. Essa troca vai me inspirar em diversas áreas da vida.

Outro momento marcante na 16ª CNS foi a participação do meu conselho profissional na Tenda Paulo Freire, onde fiz questão de estar presente. O Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) organizou uma atividade cultural intitulada Saúde Única: Onde é que o bicho pega. Através de apresentações de contação de histórias, um grupo teatral fez uma encenação musical sobre a importância do médico veterinário para a saúde pública. A Saúde Única é um conceito que está sendo muito trabalhado hoje em dia na veterinária, e propõe uma visão integrada e indissociável entre saúde humana, saúde animal e saúde ambiental.

Em uma encenação, foi contada a importância do médico veterinário para a garantia de alimentos de origem animal seguros para as pessoas. Em outra, foi demonstrado como o veterinário pode e deve prestar um atendimento integral e sensível, em diversas situações. Na peça, uma moça chegava ao veterinário com seu animal com indícios de maus tratos, e o veterinário observou que não só o ani-

mal, mas também a mulher tinha hematomas de uma possível agressão. O veterinário tratou o animal, mas também encaminhou a mulher e sua família para o atendimento com outros profissionais, como um terapeuta familiar. A relação entre maus tratos animais e violência doméstica é indicada em vários estudos e deve ser sempre levada em consideração pelos profissionais que lidam com essas questões, entre eles, os veterinários. Muitos dos participantes dessa atividade se mostraram admirados ao verem a abrangência dessa profissão e da sua importância para a saúde pública, e eu fiquei muito feliz por presenciar essa atividade tão rica.

Durante a participação do CFMV na 16ª CNS, foram aprovadas moções de fortalecimento das estruturas de Unidades de Zoonoses e de incorporação do conceito “Saúde Única” nas diretrizes do SUS e nas ações de atenção básica e vigilância em saúde. Sem dúvidas essa conferência foi um marco também para minha categoria profissional, e sou muito grata por ter tido a oportunidade de estar presente.

Participar da 16ª CNS foi uma experiência inesquecível. Tive um grande aprendizado em vários aspectos. Pude ter uma experiência muito rica em pesquisa qualitativa, em que também pude conhecer e ouvir pessoas admiráveis, tanto quem participou dos debates e das plenárias, quanto meus colegas pesquisadores e os participantes que tive o prazer de entrevistar. Guardarei todas as lembranças e aprendizados com muito carinho, serão inspirações constantes e me fortalecerão a seguir trabalhando pela Saúde Pública.



Conselho Nacional
de Saúde

foto: Eduardo de Oliveira - Josefa da Guja na 16ª Conferência Nacional de Saúde

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: UMA ARENA DE DEBATES, DIÁLOGOS, COMUNICAÇÃO E INTERAÇÕES.

Berenice de Freitas Diniz²²

22 Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IRR/Fiocruz Minas e Trabalhadora do SUS Betim/MG. Participou da Comissão de Relatoria das Conferências Municipal de Saúde de Betim e Estadual de Saúde de Minas Gerais; Participou da Pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde na Conferência Nacional de Saúde.

INTRODUÇÃO

Podemos dizer que participar das conferências de saúde sempre traz encontros, falas, interação e participação, além de ser um ato de exercício da democracia. É um momento de diálogo, debates de ideias, posicionamentos, conflitos, exercício da palavra, articulações — principalmente sobre o que diz respeito ao direito à saúde — além de ser um momento de encontro entre as pessoas dos diversos segmentos. Na 16ª Conferência Nacional de Saúde, mais do que nunca, a pauta foi a ameaça ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua defesa veementemente.

Neste trabalho faremos uma breve reflexão teórica sobre participação no SUS e comunicação. Descreveremos as observações e vivências nas etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde por meio do olhar de uma participante.

PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As instituições que surgiram no Brasil democrático foram responsáveis por aumentar a representação, o que, para Avritzer (2007), se deve tanto ao fato de os atores sociais passarem a se denominar representantes da sociedade civil quanto à forma como o Estado passou a lidar oficialmente com a representação da sociedade civil. Esse autor afirma também que a representação exercida pela sociedade civil é pluralista, e que, quando coincide em um determinado território com uma estrutura de conselho, sobrepõe-se a outras formas que tomam decisões vinculadas ao mesmo tema, no mesmo território. Sobre as formas institucionalizadas de participação, Avritzer afirma que:

As formas institucionalizadas de participação são resultado da ação da sociedade civil brasileira durante

o processo constituinte que resultou em um conjunto de artigos prevendo a participação social nas políticas públicas nas áreas da saúde, assistência social, criança e adolescente, políticas urbanas e meio ambiente. Esse padrão modificou fortemente a ideia de autonomia da sociedade uma vez que, por mais paradoxal que pareça, a sociedade civil que reivindicou a sua autonomia em relação ao Estado foi a mesma que reivindicou arranjos híbridos com a sua participação junto aos atores estatais durante a Assembleia Nacional Constituinte (AVRITZER, 2012, p. 10-11).

A maior parte das instituições participativas tem a sua origem nos capítulos das políticas sociais da Constituição de 1988. Essa foi a origem das formas de participação no nível local, tais como os conselhos e conferências, e as formas de participação incipientes no nível federal durante os anos 1990. Avritzer (2012) também afirma que o sentido da democracia é o da ampliação da participação. Podemos observar as manifestações ocorridas no país, principalmente nos últimos 30 anos. Segundo esse mesmo autor, há momentos em que a democracia está em expansão e em outros há a retração, isso se deve aos períodos históricos, de acordo, portanto, com o contexto e os acontecimentos no mundo. Os processos de democracia no qual são eleitos os governantes não bastam para se ter a democracia efetiva.

No Sistema Único de Saúde (SUS) Lei Federal nº 8142/90 (BRASIL, 1990) estabelece as formas de participação da população na gestão do SUS mediante sua atuação nas Conferências e nos Conselhos de Saúde. A comunidade, através de seus representantes, pode julgar definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde desenvolvidas pelo Estado. No entanto, outras formas de participação devem ser consideradas como a

presença do cidadão nas reuniões de equipes dos serviços de saúde e a interferência durante os procedimentos de sua assistência (VASCONCELOS, PASCHE, 2013) representando o poder da população em modificar planos, políticas públicas.

Com base nesta concepção de Estado democrático é que o SUS foi pensado e a participação da sociedade é fundamental para construir e consolidar a saúde como um direito, para organizar e fiscalizar o Estado. Podemos dizer que o objetivo dos pensadores do SUS foi o de colocar os cidadãos no centro das questões relativas à sua saúde individual e coletiva. Esse objetivo fortaleceria um sistema de saúde e mudaria a lógica de cidadão passivo para a de cidadão ativo: aquele que participa e decide sobre suas responsabilidades e o papel do Estado.

Observamos que vários autores tratam do tema sobre as potencialidades e as limitações do controle social para efetivar o que regem as normas instituídas. Esses autores também debatem sobre a forma como vem sendo exercido o controle social nas suas práticas e reconhecem que exercer o controle social é um processo em curso, longe de ser algo acabado, pronto e finalizado. Portanto, sendo processo em curso é sempre dinâmico, podendo mudar de acordo com os contextos históricos.

Gohn (2003) afirma que o exercício da democracia, é um processo, não uma engenharia de regras e, portanto, demanda tempo; é construído por etapas de aproximações sucessivas em que o erro é, ou deveria ser, tão pedagógico quanto o acerto.

PARTICIPAÇÃO E ESFERA PÚBLICA

Para Maria da Glória Gohn (2004a), a ideia de esfera pública deve ser diferenciada de espaço público. Para essa autora, o espaço público é um espaço de encontro entre cidadãos, seres humanos plurais exercitando a condição humana. E exemplificam esses espaços, como fóruns de entidades, redes de movimento sociais, plataformas de setores organizados da sociedade civil para fins de debates, demandas e proposições de coletivos. A autora argumenta também que quando esse espaço público é utilizado para estabelecer interlocução com órgãos estatais institucionalizados sobre problemas públicos de forma direta ou indireta, adentra à esfera pública:

Trata-se de uma arena para o cidadão expressar, organizar e sistematizar suas demandas, reivindicações, projetos, ações coletivas num processo de relação discursiva entre sociedade civil organizada em função de demandas sociais, Estado e, eventualmente, agentes de corporações do mercado [...]. A esfera pública tem um grau de institucionalidade porque há normatizações jurídicas que orientam, formam e informam suas ações. [...] A esfera pública é um espaço de relações sociopolíticas e culturais, de negociações e de debates, objetivando planejar, equacionar, encaminhar, fazer escolhas, priorizar ações e intervenções a serem feitas pelo poder público, sozinho ou em parceria com entidades da sociedade civil organizada [...] (GOHN, 2004a, p. 71-73).

Gohn (2004b) ratifica a dimensão comunicacional deste conceito, para essa autora os caminhos de formação dessa esfera comum são construídos pelo discurso e pela ação dos sujeitos sociais que, estabelecendo uma interlocução pública, possam

deliberar em conjunto as questões que dizem respeito a um destino coletivo. A ampliação da esfera pública contribui para a formação de consensos alcançados argumentativamente, numa gestão social compartilhada, gestada a partir de exercícios públicos deliberativos. (GOHN, 2004b).

Nesse sentido, observamos que os espaços das Conferências de saúde são instâncias onde ocorrem práticas de diálogos políticas para a efetivação do seu papel, por isso configuram-se como uma arena de debates, argumentações, confronto de interesses, demarcação de posições, formação de consensos ou não; por meio das argumentações, articulações políticas e negociações.

Durante as conferências de saúde é explícito que há uma forma de interação entre os sujeitos presentes durante o evento, que podemos dizer que é a face a face – Esse tipo de interação acontece em um contexto de copresença, os participantes estão presentes e partilham um mesmo sistema referencial de espaço e tempo e por isso podem usar expressões denotativas (THOMPSON, 2009). Há também diálogos acontecendo sejam durante as plenárias das conferências ou nos trabalhos em grupos, como Freire (1983, p. 45) bem denomina: em uma relação dialógico-comunicativa os sujeitos interlocutores se expressam através de um mesmo sistema de signos linguísticos. Esse autor afirma que é indispensável ao ato comunicativo o acordo entre os sujeitos; a expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida de um quadro significativo comum a outro sujeito. Dentro da perspectiva da interação face a face, destacamos a conversação como uma forma de interação. Podemos dizer que é na esfera pública que a conversação se concretiza na prática, aqui nas conferências de saúde.

Sendo uma arena de disputas de sentidos, de cooperação, de conflitos, de aproximação e diferenciação de seus participantes, a comunicação e a

informação são essenciais. Devemos compreender que neste espaço, não se pede apenas uma comunicação como transferência de informações de um polo a outro, mas, fundamentalmente, como um processo dialógico em que as diferenças signifiquem a alteridade entre os sujeitos participantes. Ou seja, não há um polo detentor de uma verdade e outros polos receptores, mas de sujeitos que se encontram, se defrontam com problemas, conflitos e vontades de construir um destino comum no contexto de uma pluralidade informacional e cognitiva. Se a comunicação for dialógica, na perspectiva de construção coletiva, com os sujeitos envolvidos e seus contextos culturais, podemos dizer que a comunicação terá o papel fundamental na construção dos princípios da cidadania. Segundo Valdir Oliveira (2004), o exercício do controle social nos Conselhos e Conferências de saúde só pode ocorrer em um campo onde existam informações disponíveis e a capacidade dos atores que ali atuam, em interpretar e atribuir novos sentidos a elas. A fim de contribuir com o conhecimento político e o engajamento associativo, por meio da conversação há a possibilidade de abrir caminho para opiniões conflitantes, para os interlocutores avançarem rumo ao diálogo de assuntos de interesse coletivo, caminhando em direção ao entendimento, esse é o objetivo das conferências de saúde.

CONTEXTO E DINÂMICA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A 16ª Conferência Nacional De Saúde foi convocada por meio do Decreto Nº 9.463, de 8 de agosto de 2018, incluindo a previsão das datas para a realização de etapas municipais, estaduais e distrital. O tema da conferência foi Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Os Eixos temáticos foram: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada. A 16ª CNS (=8ª+8) aconteceu em um momento de grandes movimentações nacionais acerca dos direitos sociais.

Os fatos que aconteceram nos últimos anos podem demonstrar o quanto a nossa democracia está fragilizada: uma presidenta do Brasil, eleita democraticamente, sofreu impeachment, o que muitos setores da sociedade consideraram um golpe. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional 95, congelando os gastos públicos por 20 anos, e um ex-presidente do setor progressista eleito por duas vezes foi preso, em um processo que deixou muitas questões em aberto e, segundo vários juristas, ameaçam o Estado Democrático de Direitos. Setores da sociedade comemoravam a sua prisão e outros gritavam pela sua liberdade, em todos os espaços participação era feito um ato pela liberdade do ex-presidente preso. Na 16ª não foi diferente!

A 16ª Conferência aconteceu no meio do efervescer desse contexto histórico e de ameaças aos direitos sociais, e foi preciso defender o SUS mais do que nunca como a maior política pública do Brasil, enfatizando seu papel de garantir o direito à vida e à saúde integral, universal e de qualidade.

No Grupo de Trabalho (GT) de que participei, os participantes foram chegando aos poucos. O coordenador e a relatora indicados pela comissão organizadora chegaram, compuseram uma mesa de trabalho e iniciaram as atividades. Após iniciado os trabalhos, os presentes se manifestaram, solicitaram que todos se apresentassem, e assim foi feito, cada pessoa disse seu nome, o segmento que representava e qual seu município e estado de origem. Essa apresentação aproximou os participantes do GT, demonstrou que todos que estavam ali representavam suas lutas e queriam contribuir na defesa do SUS.

Houve muitas dúvidas nos textos, principalmente sobre realidades regionais. Participantes de diversas regiões esclareciam a todos o porquê de as questões regionais estarem nas propostas nacionais. Isso foi muito importante para estabelecer o diálogo e a interação entre os presentes, quando um falava e o outro respondia, esclarecendo dúvidas e sensibilizando o outro para uma necessidade regional, o que tornou possível estabelecer acordos para o bem comum. Isso ocorreu sistematicamente nos dois dias de trabalho em grupo.

Durante os trabalhos observamos que houve ainda:

- A falta de entendimento sobre a votação, pois, como havia porcentagem, deveríamos contar o número de participantes presentes no grupo e contar os votos, essa dinâmica foi um pouco confusa no início, mas depois seguiu tranquilamente.
- A repetição de propostas pelos participantes que solicitavam um mesmo destaque e muitas vezes havia acordo, mas o solicitante pedia para falar mesmo assim, o que demonstrou que queriam exercer o uso da palavra, argumentar, mesmo que fosse repetitivo era preciso reforçar, dizer, se manifestar.
- No GT havia uma pessoa com deficiência visual – os componentes da mesa coordenadora dos trabalhos leram e releram algumas propostas várias vezes para que essa pessoa compreendesse. Isso foi feito com tranquilidade e muito respeito, já que entender a necessidade do outro foi essencial para garantir o direito de leitura, de fala e de posicionamento quando necessário.
- O tempo foi pouco para acontecer os debates, houve mais foco em votar rapidamente as propostas.

• Depois de um tempo dos trabalhos acontecendo, houve maior interação e foram surgindo ideias questionamentos e afirmações durante os debates:

- “Qual o papel do gestor?”
- “Importante fazer valer as decisões das conferências!”
- “Qualificação dos conselheiros – não deve utilizar o termo capacitação, porque parece que os conselheiros não são capazes e são, sim!”
- “Há uma desconfiança do gestor porque muitos apoiaram a Emenda Constitucional 95 e muitos não defendem o SUS!”
- “Houve dúvidas em relação a expressões no texto como ‘fator amazônico’ – um delegado da região amazônica fez o esclarecimento: devem ser consideradas as peculiaridades locais que afetam as demandas e a prestação de serviços em saúde na região amazônica, que é muito diferente das diversas regiões do país.”
- “Orçamento impositivo – defesa da retirada dessa possibilidade, pois isso fere os princípios de organização do SUS e os parlamentares utilizam para ganhar votos do povo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conferências de saúde são espaços democráticos de participação social, e podemos dizer que se trata de um espaço de educação permanente, pois nesses momentos temos que acionar vários recursos de aprendizagem, escutar com atenção o que o outro tem a dizer, estar aberto a novos conheci-

mentos e vivências. É um lugar também do encontro, da militância em defesa da saúde pública.

Conhecer o processo histórico da criação de direitos é fundamental para compreender o que estamos vivenciando agora.

Observei que, nesse GT o exercício democrático da participação aconteceu de forma até bonita, pois as pessoas puderam falar e se expressar, houve divergência de ideias, mas não desrespeito. O debate foi garantido, o tempo das falas foi respeitado, as pessoas se respeitaram, porque o que importava no grupo era defender o SUS! Fortalecer o SUS! Fazer valer os direitos inscritos na Constituição Federal!

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. **Conferências nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Texto para discussão. Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: http://www.consocia.cgu.gov.br/uploads/biblioteca_arquivos/274/arquivo_f4176c9563.pdf Acesso em: 23 de jan. 2014.

_____. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimidade da Ação. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443 – 464, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 19 de dez. 2013.

AVRITZER, L.; COSTA, S. Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: Concepções e Usos na América Latina. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 703-728, 2004.

AVRITZER, L.; SANTOS, B. S. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CECCIM, R. B., FEURWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Controle Social**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>. Acesso

em: 22 set. 2014

GOHN, M.G. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole**, n. 7, p. 9-31, 1º sem. 2002.

_____. Conselhos gestores e participação sociopolítica. **Coleção Questões da nossa época**. São Paulo: Cortez, v. 84, 2003.

_____. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004a.

_____. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, ago. 2004b.

MATOS, H. **Capital social e comunicação: Interfaces e articulações**. São Paulo: Summus, 2009.

THOMPSON, J. B. **A Mídia e a Modernidade: uma teoria social da mídia**. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **Tratado de Saúde Coletiva**. CAMPOS et. al. (organizadores) 2ª Ed. rev. aum. São Paulo. Hucitec, 2012



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16^ª CNS

SAÚDE É DEMOCRACIA: UM OLHAR PARA O CONTROLE SOCIAL NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Juliana Gonçalves Machado²³

Vim a descobrir a beleza do SUS já na Universidade. Na época da escola, sequer ouvi essas três letras juntas, a não ser quando passava nos telejornais — que, aparentemente, sempre enfatizaram os pontos fracos do nosso sistema de saúde. Antes disso, visitas ao posto de saúde, apenas para fazer escândalo na hora de tomar vacina.

Departamento de Nutrição da UFPE. Disciplina de Saúde Pública, arranjei meu novo amor. Virei fã dos guerreiros do Movimento da Reforma Sanitária, adoradora do SUS e louca pela Atenção Básica. Eu não entendia o porquê de decorar diretrizes, principais artigos, leis, números e datas, mas decorei. Últimos períodos da faculdade, não teve outra escolha: envolvi-me com Laboratório de Saúde Pública do departamento, onde fui apresentada a um caminho sem volta em defesa do direito à saúde universal, equânime, gratuita, com participação social.

Engraçado como o ser humano tende a automatizar alguns fatos da vida e não reflete sobre eles. Um exemplo? A democracia. Um regime político conquistado a duras penas, após séculos de monarquia, décadas de ditaduras e várias histórias esdrúxulas que compõem a Elite Brasileira. Nunca havia refletido sobre estar em uma democracia... Até 2015. Este ano me fez voltar às histórias das aulas de Saúde Pública I e perceber que o que temos hoje é uma sociedade democrática recente, ainda frágil e incipiente. É estranho entender que a Constituição Federal de 1988, que institui nossos direitos básicos, é um pedaço de papel que pode ser modificado, e não uma obra perpétua e imutável. A minha impressão é que a população brasileira se acomodou à falsa ideia de que os seus direitos vão sempre estar lá: saúde, educação, transporte, moradia, alimentação, segurança, trabalho, assistência aos desamparados, entre outros.

E não vão?

²³ Nutricionista formada pela UFPE, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife (turma 2018-2020)

Bem, a Atenção Básica está sofrendo mudanças que vão de encontro aos princípios de Barbara Starfield, ao conceito ampliado de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), à Constituição. O SUS está sendo atacado e é preciso uma reação para defendê-lo em sua essência. De modo que a resposta é não. Os direitos não vão estar sempre lá para a população. É preciso mobilização da sociedade, estratégias políticas de base e controle social para não perder o que tantos suaram e morreram para defender (CAMPOS, 2007).

Hoje sou nutricionista residente em Saúde da Família, finalizando o sonho de atuar no Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (não me adapto nem concordo com o novo nome do NASF) e descobri a importância de decorar diretrizes, principais artigos, leis, números e datas lá na faculdade. É preciso conhecer para defender e lutar pela garantia do que já se tem. E isso só aconteceu por me envolver e agarrar oportunidades.

Recentemente, refleti novamente sobre a democracia, e, além dela, sobre a quantas anda o SUS e o direito à saúde. Não haveria melhor lugar para isso que uma Conferência de Saúde, mas não imaginava que iria participar da etapa nacional! A tão falada 16ª CNS, com tema Saúde e Democracia, na qual os organizadores tomaram a liberdade de fazer referência à 8ª CNS, apelidando-a de 8ª+8.

A 8ª CNS, em 1986, aconteceu em um período conturbado, após o fim da Ditadura Militar, em que todo o sistema político, econômico, social brasileiro estava renascendo. Contudo, foi marcada por um clima de redemocratização e de luta social por direitos, sendo a primeira Conferência com participação da população e de trabalhadores em saúde. Isso influenciou massivamente a avaliação da conjuntura das políticas de saúde e nas diretrizes para estas, pois havia uma força progressista e contra-hegemônica entre os protagonistas deste episódio (BRAVO; CORREIA, 2012).

A 16ª Conferência aconteceu também em um período conturbado, porém, em um contexto diferente. Após a instituição do SUS, houve um “progressivo refluxo dos movimentos sociais, no contexto de reestruturação capitalista, receituário neoliberal e de consequentes contrarreformas do Estado” (BRAVO; CORREIA, 2012, pg. 132), corroendo os princípios e diretrizes do SUS e precarizando os seus serviços desde a década de 1990. Os últimos anos foram marcados por institucionalização de leis que, se não forem modificadas, asfixiarão o sistema e perpetuarão o caráter mercantilizado da saúde: a abertura para o capital estrangeiro no SUS, a Emenda Constitucional 95/2016, a Política Nacional da Atenção Básica de 2017, a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) na MP 890/2019 - convertida na Lei nº 13.958, em 18 de dezembro de 2019.

Gastão Wagner já escrevia em 2007 que os caminhos do SUS não estavam precisamente apontados para o seu fortalecimento e que havia um desencantamento pelos movimentos sociais, o que traz uma fragilidade para o sistema que só poderia ser revertida a partir da força da sociedade brasileira (CAMPOS, 2007). Bravo e Correia, em 2012, reafirmam a necessidade de fortalecimento do protagonismo da classe subalterna nas lutas cotidianas para que as devidas transformações sociais sejam estabelecidas (BRAVO; CORREIA, 2012).

Eis onde entra a 8ª+8 CNS. Aí se inicia uma festa democrática!

No contrafluxo do encerramento de alguns espaços de participação popular pelo Governo Federal através do Decreto 9.759/2019, a 16ª CNS aconteceu entre os dias quatro e sete de agosto de 2019. Resistente aos cortes financeiros e à conjuntura política desfavorável, o Conselho Nacional de Saúde fez o convite que reuniu cerca de 5000 cidadãos em Brasília para avaliar e propor diretrizes para as

políticas de saúde. Entre estes 5000, havia cerca de 130 pesquisadores.

Poucos meses antes, o Conselho Nacional de Saúde lançou um projeto estratégico para fortalecer os espaços de controle social: a pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”. Esse projeto foi idealizado nas reuniões da Comissão de Relatoria do Conselho Nacional de Saúde e concebido por uma rede de pesquisadores da área de Saúde Pública e Saúde Coletiva. O estudo tem por objetivo analisar a participação social no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde em dimensões que permitam sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem. Com tamanha dimensão, lançou-se uma chamada pública para engajar pesquisadores de campo na coleta dos dados, reunindo estudantes de diversas localidades e áreas de atuação.

Quem diria que, após apenas 31 anos de SUS, colocar-se-ia em voga a função da intervenção do povo em políticas públicas de saúde. Minha humilde opinião é que o controle social buscou fôlego nas Instituições de Pesquisa e Universidades Públicas para embasar cientificamente a importância da sua permanência na gestão do SUS. E fez bem. A conferência estava exuberante com suas formas tradicionais de luta pelo ideal do SUS, e ainda havia o aparato científico ao seu lado todo o tempo. Com a colaboração dos 130 pesquisadores, entre professores e estudantes, foram realizadas mais de 2800 entrevistas com delegados de todo Brasil, registros que irão marcar a história das conferências. Agarrei a oportunidade de estar entre estes 130 e cá estou para relatar esta experiência.

Caí de paraquedas neste projeto, e a preparação dos pesquisadores de campo foi um momento importante para orientar sobre o porvir. Na tarde do dia três de agosto, os pesquisadores seniores —

organizadores e orientadores do projeto —, realizaram uma reunião explicando detalhadamente as fases da pesquisa e todas as ferramentas que seriam utilizadas. A responsabilidade começou a ser sentida. Mas nada foi maior que o acolhimento da equipe. Acredito que estávamos todos com certa insegurança sobre o desenrolar da pesquisa, mas, ao olhar em volta, eu me lembrava que não estava sozinha, e os professores faziam questão de deixar isso claro na apresentação do projeto, afinal, “ninguém solta a mão de ninguém”.

A explicação iniciou com a ferramenta quantitativa, que traçava o perfil dos delegados presentes. Continha perguntas sobre informações sociodemográficas, histórico da participação da pessoa no controle social, conhecimento em relação ao papel dos Conselhos de Saúde em suas várias instâncias, opinião em relação à eficiência/efetividade do controle social nas políticas de saúde... Uma conversa de cerca de dez, quinze minutos resolveria facilmente o questionário. Contudo, poucos minutos em perguntas objetivas não inteiram histórias de vida fascinantes de luta em defesa do SUS. Não se pode enquadrar vivências em “sim ou não”. Sabiamente, houve também uma ferramenta qualitativa, em que pessoas-chave de todos os estados foram convidadas a contar um pouco mais sobre suas memórias na participação popular, seguindo um roteiro semiestruturado com perguntas subjetivas. Assim, quem se debruçar sobre os dados coletados poderá entender, para além do fenômeno, a significação de vivenciar a 8ª+8 pelo olhar do delegado entrevistado na perspectiva qualitativa (TURATO, 2005).

A terceira e última ferramenta de coleta foi o roteiro de observação e registro de atividade. Através dela, os monitores puderam agregar à pesquisa as suas próprias perspectivas da conferência, e isso foi algo que me chamou muito positivamente a atenção. Não fomos orientados, enquanto pesquisadores de campo, a nos atermos completamente

à pesquisa. Com um viés Freiriano - arrisco dizer -, fomos estimulados a participar das inúmeras atividades disponíveis, estimulados a nos envolver ativamente do momento histórico que estava acontecendo. Há forma melhor de aprendizado do que trazendo significação a um fato? Tenho certeza de que esta abordagem semeou ideias para futuros projetos de pesquisa, que também irão inspirar a participação social no âmbito da saúde.

Nesse clima de envolvimento, a 16ª CNS culminou em quatro dias de trabalho intenso para todos, desde organizadores, passando por pesquisadores, até delegados e convidados. Como disse, havia uma variedade de atividades acontecendo concomitantemente: mesas de debate, grupos de trabalho sobre as propostas de acordo com cada eixo de discussão, salas com atividades autogestionadas, atividades culturais, apresentações na Tenda Paulo Freire, atividades voltadas ao cuidado dos participantes no Espaço de Cuidados Neide Rodrigues. Apenas três detiveram a atenção quase que completa dos participantes, que foram o Ato em Defesa do SUS, a tribuna livre e a plenária deliberativa. Já os pesquisadores de campo estavam distribuídos em praticamente tudo.

Estrategicamente, os dois primeiros dias foram dedicados ao questionário quantitativo do projeto e houve um mutirão para abordar o máximo de delegados possível. A receptividade destes para responder a pesquisa foi melhor do que eu esperava. Centenas de pessoas chegando quase simultaneamente após horas de viagem, muitas vezes de ônibus. Imaginei que, no início, abordaria dezenas e teria pouco retorno, mas, aparentemente, a divulgação da pesquisa foi bastante efetiva e o convite geralmente era aceito. Fiquei impressionada com o fato de grande parte dos delegados se encontrava esperançoso em relação aos desfechos da conferência para as políticas de saúde pública. Diante de toda a conjuntura política e econômica, escutar palavras de conforto e esperança nos faz repensar

e nos reorientam em relação aos caminhos a percorrer.

Em cada aplicação de questionário, independentemente de a pessoa responder mais rápido ou demoradamente, com mais ou menos paciência, sempre surgia um questionamento, uma crítica à conjuntura, uma reflexão sobre as etapas das conferências. Comunitários, trabalhadores e gestores, carregados de experiência ou não, comumente citavam frases que eu pedia permissão para anotar. Era perceptível que um questionário quantitativo não daria conta. Até que, entre as situações de reflexão, uma das delegadas sentiu a necessidade de registrar um pensamento, e queria escrever. Sugeri a gravação de um vídeo e a ideia foi bem aceita. Na reunião do dia anterior, os professores haviam dito que estávamos à vontade para fazer registros de formas variadas, então tomei essa liberdade. O produto ficou memorável, e ainda atraiu mais dois outros delegados com necessidade de fala, de expressar o que guardavam.

Um dos aspectos que destaco em relação à pesquisa é que ela permitiu que as pessoas fossem ouvidas. Abriu-se um espaço para as memórias se enraizarem em um campo democrático, onde a história da conferência será perpetuada pelo olhar do povo. Nessa perspectiva, a etapa qualitativa ainda foi mais frondosa!

Inicialmente, eu não quis fazer entrevistas qualitativas, pois demandavam uma atenção mais direcionada e eu queria me envolver mais nas outras atividades. Até que surgiu o pedido para entrevistar duas mulheres, uma de Roraima e, depois, outra conterrânea de Pernambuco. Não tenho palavras para descrever a sensação que foi conhecê-las e conhecer as suas histórias. Uma, ZM, é índia aldeada, líder comunitária, trabalhadora do SUS, e foi para a 16ª CNS com a esperança de defender os direitos conquistados e que estão sendo tirados pelo Governo. Trouxe relatos emocionantes sobre

políticas e programas que davam certo, mas que estão sendo asfixiados, desfigurados e até excluídos, afetando especialmente populações vulneráveis, como as ribeirinhas. A outra, VB, é negra, envolvida no movimento das mulheres de terreiro, participou de diversas Conferências de Saúde, inclusive da 8ª; sua sina é lutar pela democracia, e dedicou a vida a participar de espaços de controle social, inclusive inaugurando espaços de discussão sobre democracia em comunidades, principalmente de terreiro. Também levanta a bandeira contra o racismo, e trouxe em sua fala um desapontamento pelo racismo não ter sido discutido como acha que deveria em nenhuma das etapas que participou.

Sou branca, classe média, sempre morei em área urbana, mas tenho uma grande atração pelo trabalho nas comunidades, o que me faz ampliar um pouco as perspectivas e conhecer realidades além da minha. Mas o que me foi apresentado a partir da pesquisa e das falas dessas mulheres, aula nenhuma — seja de história, geografia, epidemiologia, saúde pública — jamais me ensinou. As realidades desenhadas por ZM e VB deveriam estar estampadas em locais de discussão sobre o bem-estar da população, sobre direitos atendidos e direitos violados, sobre qual o país a gente quer para os brasileiros. Será que apenas patriotismo atende as nossas necessidades? Será que a Constituição, com o seu viés progressista, está sendo praticada pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário? Será que a população entende o que está acontecendo?

No sentido de que é preciso chamar atenção para alguns problemas, defendo movimentos sociais de rua, ao exemplo de passeatas e protestos. Eles estiveram presentes e foram importantes em momentos cruciais da história, como na luta pela redemocratização e pela reforma sanitária (SANTOS, 2013). O passar do tempo não diminuiu sua importância, tanto é que o Conselho Nacional de Saúde

fez questão de realizar o Ato Nacional Unificado Saúde, Democracia e Direitos Sociais no segundo dia da 8ª+8. Nele, comemorou-se o Dia Nacional da Saúde (05/08), reunindo centenas de militantes, onde os movimentos sociais puderam se colocar e falar suas palavras de ordem. Também foi lido um documento assinado por ex-ministros da saúde, intitulado SUS, Saúde e Democracia: desafios para o Brasil, defendendo o nosso sistema de saúde como política de Estado, não de governo. Atos como este são ferramentas pontuais, mas que ajudam a reoxigenar a cabeça e restabelecer as forças.

Por outro lado, problematizações sociais e políticas devem acontecer de forma transversal, fazendo a população refletir sobre seus direitos e deveres em espaços públicos. Isso devemos à democracia e àqueles que lutaram por ela. Precisamos de espaços acessíveis de construção de saberes coletivos, de resistência. Com o intuito de democratizar a informação e realizar trocas de experiências, o Conselho Nacional de Saúde colocou na programação da 8ª+8 a Tenda Paulo Freire. Maranhão, Boneti, Daron e Torres (2014) afirmaram que, a partir das metodologias empregadas em sua realização, essas tendas promovem “o protagonismo do saber popular nos espaços de construção do conhecimento da área da saúde” e “contribuem com a mobilização popular pelo direito à saúde”. Sem os atores populares, que são aqueles que mais conhecem as necessidades da população, como construir diretrizes efetivas para as políticas públicas em saúde?

Tudo que vi e vivenciei durante a pesquisa nestes poucos e longos dias atualizaram a minha concepção de democracia e saúde, onde uma se constitui da outra e vice-versa; e os momentos de discussão nos grupos de trabalho, nas atividades autogestionadas e, mais ainda, na plenária final não me deixam mentir sobre isso. Os brados levantados pelos delegados a cada votação de proposta eram

a expressão da defesa de políticas de saúde pública melhores para aqueles que vieram representar.

Não considero que a 16ª CNS foi impecável. Os próprios delegados, durante as entrevistas, pontuaram questões que deveriam ter sido mais bem trabalhadas durante o evento e em suas etapas municipais e estaduais. Contudo, precisamos enxergar que a 8ª+8 é reflexo de uma democracia, e que democracia é composta por aspectos positivos e negativos. Admitir isso é ver que o que foi produzido não é irreduzível, imutável; é adaptável às necessidades da população e esta é a beleza do processo e o que permite a evolução! Ao mesmo tempo, para acontecer a verdadeira evolução, devemos ter os espaços em constante monitoramento e avaliação popular, e aí está a importância das conferências de saúde para o controle social. Essa edição da nacional teve ainda apoio da Academia, que fornecerá embasamento científico para futuras decisões sobre os caminhos a serem seguidos pela participação popular na Saúde Pública.

Foi perceptível que o próprio controle social está sentindo necessidade de mudanças, e que está acesa a esperança de, unidos, atingirmos o ideal do SUS. Talvez a população esteja de fato acomodada e sem ânimo para correr atrás dos seus direitos, cada vez mais escassos. Mas o que vivenciei na 16ª CNS me fez ver uma luz. Talvez esteja acontecendo, lentamente, o reencantamento dos movimentos sociais por suas antigas lutas em um contexto de novos desafios. Prefiro acreditar que é isso. Por hora, vários pesquisadores poderão se debruçar nos milhares de dados coletados com afinco pelos monitores da pesquisa.

Enfim, encerro este texto me atrevendo a sugerir uma hipótese para um dos resultados previstos deste grande projeto de pesquisa: apesar de o controle social estar fragilizado, as pessoas envolvidas acreditam que os espaços de gestão participativa são espaços legítimos, que funcionam

e podem ser fortalecidos a partir da aproximação destes com os atores populares e a população geral. E arrisco esta hipótese com base no sentimento predominante da 8ª+8; sentimento que se transformou em palavras entoadas por VB em sua entrevista: “é por isso que eu estou aqui, porque eu continuo perseguindo essa utopia de transformar a sociedade”.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, v. 109, p. 126- 150, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008>. Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 mar. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a

sustentabilidade do sus em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200002> 123. Acesso em: 08 mar. 2022.

MARANHÃO, T.; BONETTI, O. P.; DARON, V. L. P.; TORRES, O. M. Espaços de Saúde e Cultura: experiência do Fórum Social Mundial às Tendas de Educação Popular em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, Suppl. 2, p. 1175-1186, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0472>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>. Acesso em: 18 jan. 2022.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Acesso em: 18 já. 2022.

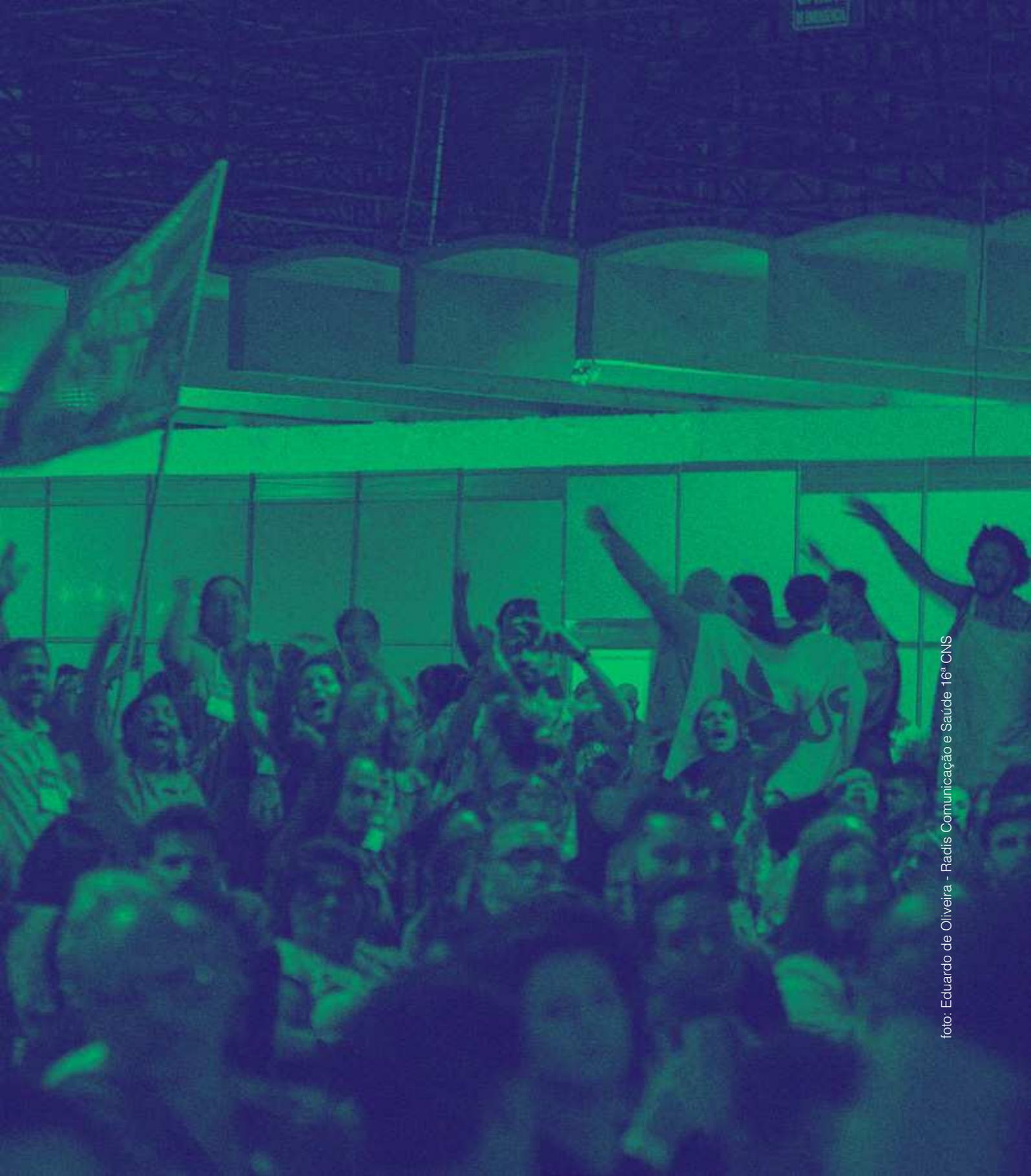


foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16^ª CNS

PARTICIPAÇÃO DE JOVENS NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): ENSAIO TEÓRICO

Mayara Suelirta da Costa

A 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu entre os dias quatro e sete de agosto de 2019, com tema central Democracia e Saúde e reuniu mais de cinco mil pessoas de todas as partes do Brasil em Brasília/DF, um evento grandioso que marcou a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da democracia em um período de tantos retrocessos. A proposta temática foi um resgate a memória da 8ª CNS, considerada histórica por ter sido um marco para a democracia participativa e para o SUS.

A razão do presente ensaio teórico é possibilitar a discussão sobre a participação de jovens na 16ª CNS. Estudar o papel da nossa juventude no período atual é de extrema importância para entender o alcance da renovação no fazer político. Converter o presente cenário para uma referência criativa e inclusiva a ser alcançada só será possível através da democratização do acesso aos espaços de participação social e, conseqüentemente, dos poderes de decisão.

De acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2010), o Brasil tem cerca de 50 milhões de jovens, com idade entre 15 e 29 anos. Segundo a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), é a maior população jovem da história, sendo que um dos desafios do nosso país hoje é articular mecanismos que incentivem e fortaleçam a participação da juventude nos espaços de poder e decisão.

Cabe conceituar o que se entende por ser jovem no Brasil. De acordo do Estatuto da Juventude, lei nº 12.852 de 05 de agosto de 2013 que “Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE”, jovens são pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

Na Constituição Federal de 1988, a juventude foi inserida por meio da Emenda 65/2010, de 13 de

julho de 2010 que “Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude” (BRASIL, 1988). Outras leis estabelecem os jovens como sujeitos de direitos, como a lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, que “Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude, e dá outras providências; e o próprio Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013).

O debate central sobre a temática “participação juvenil”, está presente na literatura nacional e internacional e gira ao redor de duas percepções principais: a de que os jovens não participam; e a de que os jovens participam numa nova perspectiva (BOGOSIAN; MINAYO; 2009).

Verifica-se que uma compreensão maior das relações entre elaboração de política públicas e juventude exige que se possa ouvir os jovens, tanto nas suas críticas em relação ao modo vigente de fazer política, quanto nos encaminhamentos que podem fazer, e fazem, em relação às novas possibilidades do jogo democrático (CASTRO, 2008).

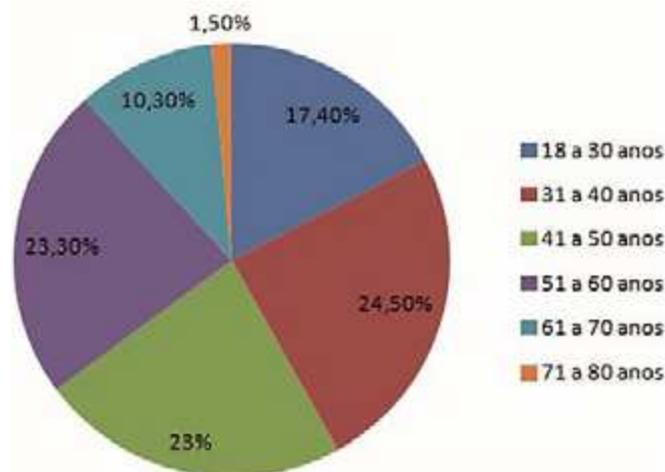
É perceptível como a juventude brasileira vem se esforçando em demonstrar a necessidade de mudanças estruturais na sociedade. Uma população jovem pode servir de propulsor para grandes mudanças na sociedade brasileira, e em especial nos espaços de controle social e participação cidadã, como as conferências de políticas públicas.

Na última década tem sido comum vermos a participação ativa de jovens em questões relacionadas a política. O jovem tem tomado ciência de que é parte desse sistema e quem é parte, participa. Porém, na política institucional esse quadro muda, e a participação dessa juventude precisa ser estudada, pois ainda é muito escassa.

Analisar a participação da juventude na 16ª Conferência Nacional de Saúde é de suma importância para entendermos a efetividade do alcance das conferências de políticas públicas para a inserção da juventude nos espaços de participação e controle social. Uma avaliação sobre a participação juvenil na 16ª CNS é salutar para entendermos esse processo e elaborarmos políticas públicas que estimulem a participação de jovens nos espaços de decisões políticas.

De acordo com o relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que traz os dados da pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, a idade dos entrevistados variou de 18 a 80 anos, e a média de idade foi de 44,36 ($\pm 13,11$) anos. Ainda de acordo com a figura 1, a participação de jovens na conferência foi em torno de 17,4%, estando em quarto lugar entre as faixas etárias de participação, ou seja, na antepenúltima posição.

Figura 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária, etapa nacional da 16ª CNS, 2019.



Fonte: Relatório da 16ª CNS

Em relação a participação política da juventude, Castro expõe que:

A participação política dos jovens não se faz no vazio cultural e histórico, mas em sociedades reais que carregam as marcas singulares de sua história e as dificuldades específicas de seu presente. No contexto das desigualdades sociais da sociedade brasileira, compreender como e por que os jovens brasileiros participam da construção e da decisão societárias põe em questão a forma como cada um reconhece como integrante desse conjunto tão desigual e como se vê implicado nos seus destinos. Assim, a participação política não pode desvincular-se das condições subjetivantes que darão forma ao sentimento de pertencimento à coletividade por parte de jovens e de crianças e de como essa coletividade é representada por eles (CASTRO, 2008, p. 253).

Ainda de acordo com os dados da figura 1 e da percepção pessoal durante a pesquisa realizada na 16ª Conferência Nacional de Saúde, é perceptível que, apesar da presença da juventude nesse espaço, precisamos avançar bastante para garantir uma maior participação da juventude e de seus espaços de fala e de luta.

As preocupações com a juventude se orientam em grande medida pela percepção de que as próprias sociedades se inviabilizam com a interdição do futuro das gerações mais jovens, depositando nelas as esperanças da renovação, muitas vezes idealizando-se uma natural capacidade dos jovens para a participação, a transformação e a mudança (CARRANO, 2012).

Em relação a juventude e as políticas públicas, a inclusão desta temática na agenda política do Brasil e do mundo é recente. O Estado brasileiro pas-

sou a incluir as ações relacionadas à juventude, de forma mais efetiva, primeiramente por motivos emergenciais, pois o tema ganhou maior relevância na década de 90, a partir dos esforços de pesquisadores, organismos internacionais, movimentos juvenis e gestores municipais que enfatizavam a singularidade da experiência social desta geração de jovens e a importância de se garantir uma segurança jurídica para essa faixa etária (BRASIL, 2006).

É importante destacar também que a qualidade de um processo de participação juvenil não se encontra em saber se os jovens podem ou não participar deste ou daquele processo ou espaço político, mas sim em buscar perceber até onde esses como indivíduos ou coletivos podem chegar com sua participação no sentido de influenciar decisões (CARRANO, 2012).

A pesquisa Perfil da Juventude brasileira, realizada pela Fundação Perseu Abramo (FPA) em 2013, mostra que, dentre temas como drogas, sexualidade, esportes, artes e educação, a política fica em último lugar, com 14%, sobre “assuntos que gostaria de conversar com os amigos”. Quando a pergunta é sobre “assuntos que considera importante para discussões em sociedade”, esse percentual sobe para os impressionantes 41%. Ou seja, a juventude considera a política um assunto importante para a sociedade, mas não lhe é atrativo para discussão em seu meio de relações. Quando mudado o cenário e os temas estimulados foram coisas como relacionamentos amorosos, futuro profissional, corpo e saúde, o tema “cidadania e direitos humanos” ganha 23% do interesse dos entrevistados. Isso nos mostra como o tema “política” é estigmatizado.

Outrossim, no Brasil, existem poucos estudos que examinam e analisam a participação política e social da juventude (CASTRO, 2008). Noutro giro, ainda no estudo sobre o perfil da juventude,

algumas relações entre política e juventude é importante se analisar, como os dados apontam que apenas 15% de jovens participavam de atividades de grupo em seu bairro e na cidade, e que 37% dos jovens reconheçam que a política “influi muito” em suas vidas. A pesquisa mostra também que 83% dos jovens confiam na família, e que apenas 3% confiam nas instituições partidárias (ABRAMO; BRANCO, 2005).

Já a pesquisa Agenda Juventude Brasil, de 2013, coordenada pela SNJ e pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) revelou que há interesse dos jovens brasileiros pela política, onde 54% dos entrevistados a consideram “muito importante” e outros 29% a consideram “mais ou menos importante” (BRASIL, 2006).

Portanto, discutir a participação de jovens na 16^o CNS faz-se necessário para verificar a representatividade das classes geracionais. Um grande marco que podemos considerar sobre a participação da juventude na 16^o CNS com certeza foram os mais de 100 pesquisadores e pesquisadoras da pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16^a Conferência Nacional de Saúde, em sua grande parte jovens vindos de várias partes do Brasil.

Uma das propostas elaboradas na 16^o CNS, diz respeito justamente a participação e o controle social por parte da sociedade civil organizada e em especial da juventude. Diz a proposta:

Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde e comissões de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra, indígena, quilombola, LGBTI+, população em situação de rua, pessoas com deficiência e necessidades especiais.

É importante salientar também que não se trata de discutirmos sobre uma representação pontual, mas sim da importância de se elaborar um conjunto de iniciativas voltadas para aprofundar os vínculos com a juventude. É necessário sinalizar para a juventude brasileira que os espaços de participação e controle social do SUS são elementos positivos para a construção de sua história.

Compreende-se que a maior participação de jovens nas conferências de políticas públicas poderia renovar as práticas políticas, melhorar a representatividade e a diversidade e promover ações inovadoras nas conferências, contribuindo assim para o desenvolvimento das políticas públicas no que concerne a juventude.

A juventude precisa entender melhor o que as conferências de políticas públicas fazem e sua importância para as democracias. Promover a educação cívica de uma maneira diferenciada é um bom caminho para isso.

Diante do exposto, verifica-se a importância de monitorar e incentivar a participação dos jovens nas conferências de outros segmentos, que não seja necessariamente de juventude, ações que visem ampliar a participação e por consequência garantir uma maior representatividade geracional no controle social do SUS é necessário.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H.; BRANCO, P. **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.

BOGHOSSIAN, C. O.; MINAYO, M. C. S. Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 411-423, 2009. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300006>. Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **Câmara dos Deputados Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude Brasília. Diário Oficial da União - Seção 1, Brasília, DF, 06 de agosto de 2013.

_____. **Guia de Políticas Públicas de Juventude**. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2006.

CARRANO, P. A participação social e política de jovens no Brasil: considerações sobre estudos recentes. **O Social em Questão** - Ano XV - nº 27, 2012.

CASTRO, L. R. Participação política e juventude: do mal-estar à responsabilização frente ao destino comum. **Rev de sociologia e política**, v. 16, n. 30, p. 253-268, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Perfil da Juventude Brasileira**. 2005. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wpcontent/uploads/sites/5/2017/05/perfil_juventude_brasileira2.pdf. Acesso em: 06 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012



SIGO CONSTRUINDO O SUS QUE ME CONSTRÓI: A VIVÊN- CIA COMO PESQUISADORA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Andresa Barbosa Candido²⁴

Vamos começar falando de 2009, ano divisor de águas da minha vida profissional, quando tive meu primeiro contato direto com o Sistema Único de Saúde. Esse contato se deu por meio do Programa de Saúde da Família na função de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em uma unidade mista, ou seja, de um lado o serviço seguia um modelo ambulatorial, onde atuavam os servidores públicos municipais. Do outro, médicos generalistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde traziam um novo modelo de saúde, com olhar ampliado ao indivíduo, família e território.

1º DEGRAU – ERA UMA VEZ UM AGENTE COMUNITÁRIO

Enquanto agente comunitário, vivenciei a execução do SUS na ponta, e por inúmeras vezes me questionava sobre os mais diversos fatos, inclusive sobre o modo como essas políticas eram idealizadas.

Percebi ser possível que, em um mesmo bairro, uma parte da população tenha acesso a saneamento básico e boa alimentação, mas, ao atravessar a rua, a realidade se mostre completamente díspar. Nesse sentido, palavras como território, área, microárea, família, equipe referência e vulnerabilidade passaram a fazer sentido no âmbito da saúde, aguçando ainda mais minha curiosidade para entender tamanha influência destas questões no processo saúde-doença e na elaboração de estratégias de cuidado que fossem de encontro as necessidades reais daquele território.

Por meio dos diversos cursos que, na época, eram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, expandi meu olhar e conhecimento, agregando à minha rotina atitudes que fortalecessem a participação popular na gestão da unidade por meio do Colegiado Gestor, tomei conhecimento também do Conselho Distrital de Saúde de Saúde, e das Conferências de Saúde.

²⁴ Enfermeira. Residente Multiprofissional em Saúde da família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIO-CRUZ.

Tomada pelo desejo de fazer um SUS acontecer de verdade, atendendo ao máximo possível as expectativas do território, as demandas da comunidade e os direitos dos usuários, busquei incentivar dentro da unidade a participação de trabalhadores e usuários na construção do serviço, idealização de grupos e atividades. Nessa época, fui eleita para participar do Colegiado Gestor da unidade, e sempre convocava para que pudéssemos trazer a comunidade para dentro da unidade, mas na maioria das vezes não obtinha boas respostas.

Antes de atuar no SUS, por inúmeras vezes cheguei a criticar seu funcionamento, mas quando mergulhei nesse rio, pude perceber que a Lei não se faz sozinha, e que os responsáveis por sua execução são exatamente pessoas, com sentimentos e pensamentos diferentes.

Já que não pude transformar um ambiente, decidi então transformar vidas. E minha função de ACS me permitia isso, afinal, estava diariamente na casa das famílias, conhecendo sua realidade. Decidi então, agregar meus conhecimentos a minha prática, a cada visita domiciliar informava aos meus cadastrados das reuniões do Conselho Distrital, onde eles poderiam expor suas opiniões quanto a atuação dos serviços, solicitar melhorias, bem como ligar para a ouvidoria da Prefeitura por meio do 1746 para reclamar em caso de mau atendimento ou outras questões.

Ao mesmo tempo busquei, junto aos meus colegas de categoria, elaborar formas para que pudéssemos fortalecer nossa existência em um ambiente dividido, que por vezes parecia competitivo. Mais uma vez, não obtive bom resultado. Mas a vontade de transformar continuava pulsando tão forte que novos caminhos me levaram a cursar a Graduação de Enfermagem.

Na prática da Saúde da Família, observava o profissional enfermeiro como um daqueles que

executava as políticas e que, de alguma forma, poderia adequá-las ao indivíduo. Além disso, o olhar ampliado, que era o pilar do programa, abrangia também a autonomia do usuário no seu autocuidado e no seu ambiente familiar, o que remete à participação popular.

2º DEGRAU – OS SONHOS CRESCERAM, AGORA SOU ENFERMEIRA!

Na faculdade, durante os estágios, meu olhar não se desenvolveu somente de forma técnica, mas também de uma forma além: posso dizer que tenho “olhos de ver”. Olhos que me permitem enxergar o que o paciente não fala, o que seu corpo me diz, seu olhar me mostra, o que sua casa pode me dizer. Coisas que só quem já foi Agente comunitário, sabe a sensação.

Ali, percebi que o SUS vai muito além da saúde, ele está contido na alimentação, no cuidado à saúde do trabalhador, na ciência e na pesquisa, dentre outras coisas, e que cada vez mais a participação do povo na sua construção, seria importante para garantir que este continue sendo um dos melhores sistemas de saúde do mundo, mesmo que ainda com alguns pontos a melhorar.

Sempre sonhei atuar como enfermeira na Atenção Básica. Após a graduação via essa possibilidade cada vez mais perto, porém, com as constantes mudanças políticas no Estado do Rio de Janeiro, em 2016, quando me formei, não consegui me inserir no mercado devido a exigência de experiência.

E quem disse que eu desisti?

Não, não, não.

Continuei estudando e consegui trabalhos em outras áreas, até que em 2019, exatos 10 anos depois, fui aprovada em quatro residências, dentre

elas a da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ.

3º DEGRAU – RESIDENTE E RESISTENTE

Iniciamos uma nova etapa na construção desse SUS no qual acredito. Primeiro dia de aula, e lá estou junto a mais 34 pessoas unidas pelo mesmo ideal, porém com visões de mundo diferentes.

Mais uma vez observo que algumas questões trazidas diariamente nas aulas não me surpreendem, como a necessidade de entender o que é a saúde da família, como é feita, quem são os atores, seus princípios e diretrizes. Só que, desta vez, com um olhar um tanto diferenciado.

Assim como o SUS, eu sou superação, e ninguém disse que isso seria fácil, mas também não disseram que seria impossível. Aqui me sinto incentivada a crescer. Quem diria que aquela ACS um dia estaria dentro de uma das melhores instituições de saúde pública do país? Para minha surpresa, encontro mais duas colegas que também foram ACS, e acredito que ainda exista muita gente espalhada pelo Brasil que, assim como eu, acredita e luta por esse ideal.

Falando em luta, foi no meio de uma aula que recebemos a informação de que estava aberto um edital para participação como pesquisador voluntário da primeira pesquisa realizada em uma Conferência Nacional de Saúde. Na hora decidi participar, no mesmo dia preparei e enviei a carta.

Dias depois, a lista de aprovados. Na primeira, meu nome não estava, já que um nome havia sido digitado duplamente, mas mandei e-mail e prontamente corrigiram o fato. E lá fui eu para a conferência!!!!

4º DEGRAU – SIM! ESTAMOS NA CONFERÊNCIA

Posso dizer que tudo começou bem ao chegar no aeroporto de Brasília, onde caravanas de vários estados chegavam para a conferência. No hostel em que fiquei, quatro jovens que compartilharam o quarto comigo também estavam lá para participar da conferência, uma como pesquisadora e os outros como convidados e delegados.

Quem diria que 10 anos depois, aquela ACS que fazia o SUS acontecer na Pavuna teria oportunidade de participar da essência da sua construção e finalmente entender como são elaboradas as políticas que agora, enquanto enfermeira, coloco em prática.

No dia 3 de agosto e temos treinamento para utilização dos materiais incluídos a pesquisa. Chego ao Parque de Exposições, local onde seria o evento, e, ao me deparar com uma superestrutura montada, imagino quantas pessoas não passarão por aqui.

No treinamento, me deparo com pessoas maravilhosas que nem me atrevo a citar o nome, pois posso cometer o pecado de deixar alguém de fora. Que honra, participar da primeira pesquisa realizada numa conferência de saúde, cujo objetivo é conhecer o perfil do público que participa, bem como dos estados que estão aqui representados.

Realizamos entrevistas qualitativas e quantitativas que são um grande aprendizado para mim, já que na vida acadêmica não havia tido um contato mais profundo em métodos de pesquisa. As ferramentas utilizadas são inicialmente os questionários, e durante sua realização, identificamos pessoas de diversos estados, para que possam passar por uma outra pesquisa, em modelo de entrevista.

Ao fim do dia, fomos conhecer o espaço onde, para minha surpresa, existe uma área linda na parte dos fundos, com muitas plantas, um belo tecido ama-

relo com flores vermelhas decorando a parede, várias almofadas espalhadas e um cheirinho de incenso. Nesse espaço são realizadas Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, que inclusive já fazem parte da gama de serviços do SUS.

Voltei para o hostel onde estou hospedada e dessa vez consegui conversar com meus colegas de quarto: uma catarinense, duas nordestinas e um mineiro. Falamos um pouco sobre o funcionamento da atenção básica em cada um desses lugares. Chamou-me muito a atenção o fato de meu colega mineiro ser veterinário e fazer residência em Medicina Veterinária na Atenção Básica.

Surpreendeu-me bastante o relato de sua vivência. Falou ainda sobre Saúde Única, que visa integrar a saúde humana, animal e ambiental. Ainda nem havíamos começado os trabalhos de pesquisa e a conferência já estava valendo a pena.

No dia 04 de agosto iniciamos a pesquisa. Para minha surpresa, minha primeira entrevistada é uma deficiente visual Acompanhada de um amigo, ela respondeu às perguntas prontamente. Era bonito ver a força que ela tinha, até nas suas palavras. Seus olhos, podiam não enxergar o acontecia, mas falavam. Diziam muito sobre as dificuldades que ela enfrentou para garantir seus direitos, dificuldades estas que a trouxeram até aqui, como Conselheira Distrital e representante das pessoas portadoras de deficiência de seu território.

Comecei muito bem o dia, e não paramos por aí. Mais um questionário aplicado, e dessa vez quem me responde é uma doce senhora do Rio Grande do Sul. Sentada, ela me pede licença para tirar os sapatos que a apertavam e vejo seus pés cansados.

Em alguns momentos tive dificuldade para encontrar pessoas dispostas a responder ao questionário, uma vez que a grande maioria dizia não saber da existência da pesquisa.

No dia 5 a conferência começa de verdade. Ao chegar ao parque de exposições, me deparei com uma enorme fila para acessar o local onde indígenas colocavam em exposição peças típicas de sua cultura, como colares, brincos e diversos artesanatos.

À direita da entrada, um painel de Sérgio Arouca dava boas-vindas. À esquerda, a Tenda Paulo Freire demonstrava a importância da educação popular. Lá dentro, diversos expositores falavam sobre os mais diversos ângulos da Saúde. E por todos os lados, podíamos ver os “verdinhos”, como nós pesquisadores fomos denominados.

Diversas entrevistas realizadas, e a cada uma delas eu me transformava mais. Foram tantas as coisas vivenciadas intensamente em dois dias de conferência que posso afirmar já não ser a mesma depois dela.

No sexto dia iniciaram-se os grupos de trabalho para discussão dos eixos da conferência. A relatoria precisava de pessoas para auxiliar nesses grupos e prontamente me coloquei a disposição. Fui designada para atuar no grupo 33.

Ao chegar na sala de trabalho, ela estava bem cheia. À frente havia uma mesa com três pessoas, as quais depois vim a saber que eram os conselheiros. Havia diversas pessoas assistindo, delegados e convidados. Foi meu primeiro contato com uma plenária. Eu estava no exato local onde as políticas eram discutidas e ajustadas. Ali estavam representantes dos mais diversos estados do Brasil, buscando desenhar um SUS que se ajuste a essa diversidade.

Em alguns momentos me assustei; as pessoas se exaltavam quando discordavam de algo e as vozes chegavam a se alterar, mas logo os conselheiros colocavam ordem no debate e tudo voltava à normalidade.

O sétimo dia, último da conferência, me deixou de coração apertado e já estou com saudades antes mesmo de terminar. Tivemos uma confraternização entre os pesquisadores e me atrevi a falar algumas coisas que expressavam meus mais sinceros sentimentos.

Sim, sentimentos e superação, pois ao fim dessa experiência pude perceber que o fato de eu não ter uma posição política não me difere em nada daqueles que ali estavam. Estar ali foi uma forma de mostrar a mim mesma que querer é poder.

E você que lê este relato de experiência de uma agente comunitária que virou enfermeira e foi parar em uma Conferência Nacional de Saúde: nunca se atreva a desistir dos seus sonhos.

Todas aquelas pessoas que estavam ali na 16º CNS, que lutaram, sofreram, suaram a camisa, construíram o SUS que temos hoje. Todas foram juntas às ruas em um ato pela Defesa do SUS, mas nem todas tiveram o mesmo olhar ao próximo quando uma pessoa em situação de rua, sentada em frente ao caminhão de som, pediu um pouco de água e um pão para comer.

Enfim, mesmo ainda iniciando minha caminhada, desejo dar continuidade a essa luta.

5º DEGRAU - O QUE APRENDI!

Acima de todos os conhecimentos técnicos e acadêmicos que adquiri, a lição que mais me marca é a de que juntos podemos mudar o mundo! E não importa as diferenças entre negros, brancos, amarelos, pardos, indígenas, ribeirinhos, pessoas em situação de rua, todos tem algo a contribuir na construção deste sistema de saúde que temos a oportunidade de chamar de nosso.

Agora, me sinto uma profissional completa, pois assim como o SUS, vim subindo cada degrau nessa escada construtiva, mas que não para por aqui.

Gratidão por ler minha experiência e até o próximo encontro, sigo por aqui construindo o SUS que me constrói.



Tenda
PAULO FREIRE
SUS EmCena

Cofen Conselho Nacional de Saúde SUS

EDUCAÇÃO POPULAR

ANEPSP
Associação Nacional de Estudantes de Psicologia

foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16^o CNS

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: REALIDADE E POTENCIALIDADES

Lucas Uback

A 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) certamente celebra uma das mais importantes conquistas populares, institucionalizada pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) e pilar para a edificação e a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS): o controle social. Graças à obrigatoriedade da existência de Conselhos de Saúde funcionantes e da realização periódica das Conferências de Saúde, o controle social acontece no cotidiano dos municípios brasileiros, carregando consigo contradições e histórias que só poderiam ter como plano de fundo um país continental, colorido e culturalmente diverso.

Seguramente, muitas cores e histórias compuseram o amálgama da 16ª CNS, conferindo-lhe certo ar de esperança frente ao caótico cenário conhecido pela saúde e demais áreas essenciais à vida humana, que enfrentam a atual agenda política neoliberal e resistem a seu projeto homicida. Logo de início, o pavilhão no qual ocorreria a conferência não deixou dúvidas sobre como a resistência e o enfrentamento se dariam: chão de concreto, calor e improviso deram o tom de espaço popular; os corpos policromáticos vibravam regionalidades, ansiando por serem vistos e ouvidos; a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCP) exalava fortaleza, munida de palavras de ordem e bandeiras em riste; a eloquência de Virgínia Fontes durante a conferência magna foi categórica e inquietante – é preciso que sejamos duros conosco e com aqueles que retiram direitos e agem com violência; o brinde foi a ausência da figura presidencial, que preferiu o púlpito de uma das igrejas neopentecostais localizada nos arredores a debater saúde com os conferencistas, sinalizando com quais setores sociais o governo se esforça em manter diálogo e barganha sua legitimidade (RIBEIRO, 2019).

A despeito das múltiplas interpretações em torno do sentido atribuído à expressão controle social, dentro da lógica de gestão do SUS o termo se re-

fere às conferências e aos conselhos, espaços de gestão participativa, nos quais representantes da sociedade civil, do Estado e dos prestadores de serviços se reúnem em número paritário para pactuação de decisões em saúde em cada um dos níveis governamentais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013, pp. 34-52). Assim, o controle social integra os princípios organizacionais descentralização e regionalização, além de agir em reforço à equidade, o que o torna um dos principais componentes arquiteturais do SUS. Sua formulação e institucionalização foram possíveis principalmente pela atuação do Movimento da Reforma Sanitária, que de acordo com Gastão Wagner (2018):

[...] pode ser entendido como um movimento social de novo tipo, pois foi se compondo como Bloco Político, em alguma medida, conseguindo agregar diferentes grupos de interesse, com distintas origens sociais, gêneros e etnias em torno de um projeto comum: direito à saúde, SUS e democracia. Havia diferença de ênfase em relação a estratégias e formas de atuação, com agrupamentos priorizando o trabalho institucional, quer na base – reforma dos saberes e das práticas –, quer na implementação de novos programas e arranjos. Alguns setores do movimento praticaram o “entrismo”, participando de governos favoráveis às políticas públicas; outros preferiam aproximar-se dos movimentos sociais e da sociedade, advogando a articulação da construção do SUS com a radicalização do processo democrático (p. 1710).

Os espaços de controle social têm seus limites inscritos dentro do estado democrático de direito que, em última instância, garante a propriedade privada e legítima a dominação e a exploração da classe trabalhadora por estar submetido à lógica da reprodução do capital (MONTAÑO; DURIGUETTO,

2011). A igualdade formal, política e jurídica entre os sujeitos garantida pela democracia não elimina as desigualdades sociais reais e fundadas nas posições concretas que os sujeitos ocupam dentro do modo de produção capitalista; pelo contrário, todos os direitos conquistados, ainda que a duras penas dentro do processo de luta de classes, são pensados e delineados de forma compatível e permissiva à exploração do homem pelo homem (LESSA; TONET, 2011, p. 84). Nesse sentido, a liberdade aparece como concessão formal a todos, ainda que se realize para apenas para uma parcela ínfima da população mundial beneficiada dentro das relações de produção –1% conforme alerta o relatório *Recompensem o trabalho*, não a riqueza produzida pela Oxfam, confederação internacional que se dedica a combater a injustiça e a pobreza (OXFAM, 2018).

Mesmo limitada à lógica de reprodução do capital, a liberdade burguesa representa “uma forma de liberdade superior à escravidão e à servidão” e não se pode desconsiderar “o enorme avanço que significou para a humanidade a passagem da escravidão e do feudalismo para a democracia burguesa” (LESSA; TONET, 2011). Há de se destacar ainda o caráter dinâmico de produção e reprodução do capitalismo, capaz de gerar novas contradições e fazer surgir problemáticas singulares a depender de cada momento e contexto histórico. Hoje, o próprio formato institucional do Estado burguês brasileiro se tornou um desconforto para a efetivação da agenda neoliberal atual e, por esse motivo, precisa ser duramente atacado, desmontado, enterrado e esquecido.

Isto posto, é possível tentar compreender algumas das determinações que interferem e impõem amarras na elaboração e efetivação das decisões em saúde tomadas nos espaços de controle social. É necessário antes ressaltar que a fragilidade desses espaços não elimina e nem diminui a importância de suas existências; tampouco lhes

reserva algum tipo de missão fatalmente imutável, um destino comum do qual não se possa fugir; muito menos nega suas potencialidades de surgir ali insights, desejos, planos e correlações de força que os extrapolem e permitam elaborar o “novo”, um projeto para além das mordaças institucionais e que tenha como lastro a materialidade da vida cotidiana e as reais necessidades de saúde da população brasileira.

Diversos relatos ouvidos informalmente durante a aplicação dos questionários da pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde expuseram entraves para efetivação de um controle social real sobre o SUS. Entre os argumentos citados pelos participantes da 16ª CNS, dois elementos apareceram com frequência para justificar a crise de alguns espaços de controle social: a desarticulação entre os setores mais progressistas da sociedade, que encontram dificuldades em dialogar entre si no traçado de planos e metas; e o desconhecimento sobre o SUS em seus mais variados aspectos, o que aumenta o tempo das reuniões e impacta na resolutividade e qualidade das decisões tomadas.

A desarticulação entre os setores progressistas pode ser melhor compreendida tendo em vista o momento histórico atual, marcado pela sinergia entre a ofensiva neoliberal à classe trabalhadora e a ascensão ideológica das teorias pós-modernas. Enquanto estas últimas tentam destruir as possibilidades de uma organização efetiva dos trabalhadores, a burguesia age em bloco na retirada sistemática de direitos, aprofundando as contradições entre as classes sociais. Trata-se de ações concomitantes e sinérgicas, que se reforçam e se ampliam.

Desde o golpe de 2016, que destitui do poder Dilma Rousseff, uma série de contrarreformas para reduzir e até mesmo eliminar os direitos sociais

pactuados pela constituição Cidadã de 1988 foram aprofundadas (BRAZ, 2017). Dentre elas é possível destacar a extensamente denunciada EC 95/2016, que congelou os investimentos da União em saúde e outras despesas primárias pelos próximos 20 anos, o que na prática representa uma ofensiva sem precedentes para garantia do direito fundamental à saúde: o SUS há de perder no mínimo 200 bilhões de reais ao longo desse período, um verdadeiro desfinanciamento que compromete a manutenção da rede de serviços já existentes bem como impossibilita incorporar outros que se fizerem urgentes conforme demanda (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Destaca-se também a reforma trabalhista Lei 13.467/2017, que flexibilizou as relações de trabalho, instituiu o trabalho intermitente, tornou possível a ocorrência de jornadas de trabalho de 12 horas entre outras medidas de precarização, ancorando-se na justificativa de que simplificaria a contratação de sujeitos e no futuro levaria à queda da taxa de desemprego, porém na prática o que se percebeu foi a ampliação da exploração sobre o trabalhador, que, ao estabelecer com o empregador uma relação assimétrica, não é capaz de negociar acordos coletivos ou jornadas de trabalho igualitárias e pautadas na dignidade da vida humana, ficando à mercê dos interesses do capitalista (GALVÃO et al., 2019).

Não obstante, em 2019 o governo encabeçado por Jair Messias Bolsonaro (PSL) promoveu retrocessos gigantescos. O III Relatório Luz da Sociedade Civil (2019), elaborado pelo Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 (GTSC A2030) traz alguns apontamentos de ações danosas à sociedade brasileira ocorridos nesse período, entre os quais figuram: a interrupção da política de valorização do valor real do salário mínimo, que agrava a situação de pobreza (p. 9); os cortes orçamentários em programas cuja efetividade já é sabida, como Programa de Aquisição de Alimen-

tos da Agricultura Familiar (PAA) e Programa de Cisternas, bem como a liberação de 239 novos tipos de agrotóxicos impactando na qualidade da alimentação (p. 10); a baixa cobertura vacinal se relaciona intimamente com a recrudescência de doenças como sarampo e febre amarela (p. 16); e ainda alerta para a gravidade de um governo não transparente e avesso ao diálogo (p. 5).

As ações que exemplificam a retirada de direitos pelo novo governo são inúmeras, variadas e diárias. Entretanto, há de se destacar o forte empenho em destruir a Educação, asfixiando-a com cortes orçamentários, que se concentraram principalmente nas universidades públicas e agências de fomento à pesquisa, e enaltecendo discursos de cunho privatista. Nesse sentido, a articulação com mentiras (fake news), estratégia utilizada desde a campanha eleitoral e, portanto, velha conhecida dos representantes governamentais atuais, cria um clima que se assemelha à esquizofrenia: a despeito de dados e informações lógicas e reproduzíveis, nenhum argumento carregado de cientificidade é capaz de corrigir o pensamento mágico e pueril cultivado em torno das notícias falsas. Alimentá-las, assim como o faz o Estado, é mais do que uma irresponsabilidade, antes denota o objetivo de desqualificar a ciência e abrir caminho para destruir a educação pública brasileira, privatizando-a. Ao mesmo tempo em que põe a ciência em descrédito, desmoraliza professores, cientistas e estudantes, e facilita a aceitação das massas a um projeto de governo que exalta o ódio, autoriza e pratica violência, flerta com o fundamentalismo religioso e principalmente arrasa com as conquistas da classe trabalhadora.

As teorias pós-modernas, por sua vez, alimentam o clima de esquizofrenia. Primeiramente, porque propõem a realidade como objeto a ser conhecido por partes, fragmentadas e isoladas, conforme o gosto e desejo do intérprete, além de rejeitar qualquer teoria que busque entender a vida social

em sua totalidade determinada por múltiplas conexões. Conforme alertam Montaño e Duriguetto (2011):

Nesta direção, há uma forte propensão a semiologizar o real, isto é, a reduzir a realidade e o conhecimento sobre ela a uma construção discursiva. Ou seja, o conhecimento e os critérios de verdade da realidade são produtos de gostos, valores e convicções pessoais. Essa concepção da vida social como um conjunto de fragmentos cujo conhecimento está a cargo dos discursos individuais tem, particularmente, duas implicações: no campo da teoria social, a realidade deixa de ser retratada como uma totalidade cheia de conexões. No campo da práxis política, essa forma de conhecer e conceber a realidade como um todo caótico impossibilita qualquer tentativa de engajamento em algum projeto universal de emancipação (p. 318).

Essa fragmentação substitui os sujeitos coletivos (classe) por indivíduos encerrados em suas missões particulares de resistir em suas existências cotidianas, variáveis e diversas, frágeis e solitárias. Identificam-se com perspectivas, “visões de mundo”, referências culturais como etnia, gênero, religião, e não mais com referências materiais e concretas capazes de alimentar interesses coletivos. Dessa maneira, não há como produzir um efetivo enfrentamento contra o avanço do capitalismo em seu estágio atual.

Diante do exposto, resta-nos a tarefa de elaborar soluções coletivas, tanto para preservar e ampliar os espaços de controle social do SUS, buscando efetiva participação popular na tomada de decisões em saúde nos diversos níveis governamentais, quanto para extrapolar esses espaços, buscando novas formas de se organizar. Formas que

não encontrem limites nas instituições estatais atuais, que se façam livres para pensar novos rumos e projetos de sociedade compatíveis com necessidades reais de saúde. Para isso, as diferenças devem ser entendidas de maneira global, ampliada, combatendo a perspectiva pós-moderna que nos assombra.

O desafio posto pela 16ª CNS era retomar a histórica 8ª CNS, fazer balanços, análises, resgatar o espírito democrático presente naqueles que ousaram sonhar e lutar por um sistema de saúde público, universal e de qualidade, para construir novas possibilidades de sobrevivência para o maior patrimônio social brasileiro – o SUS. Ainda que findada a conferência, o desafio continua sendo uma tarefa coletiva e complexa nos fazendo questionar: o SUS real, aquele que temos no cotidiano de nossos municípios e estados, é compatível com nossos desejos, anseios, necessidades e demandas? O SUS que queremos, ou ainda, a saúde de fato pública, universal e de qualidade não cabe dentro da ordem burguesa de sociedade, o que torna urgente sua superação por um modelo de sociedade igualitária, fraterna e livre de classes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, p. 85-103. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.095> Acesso em: 18 jan. 2022.

CAMPOS, G. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Acesso em: 18 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Para entender o Controle Social na Saúde.** Brasília: 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf. Acesso em: 08 mar. 2022.

FUNCIA, F.; SANTOS, L. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde.** Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-dodireito-a-saude/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

GALVÃO, A. et al. Reforma Trabalhista: precarização do trabalho e os desafios para o sindicalismo. **Caderno CRH**, v. 32, n. 86, p. 253-270, 2019. Epub 10 out. 2019. <https://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30691>

GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA A AGENDA 2030. **Relatório Luz.** 2019. Disponível em: https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2019/08/relatorio_luz_portugues_19_download_v3.pdf. Acesso em: 08 mar. 2022.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social.** (3a ed.). São Paulo: Cortez Editora, 2011.

OXFORDCOMMITTEE FOR FAMINE RELIEF. **Recompensem o trabalho, não a riqueza.** 2018. Disponível em: <https://oxfam.org.br/publicacao/recompensem-o-trabalhonao-a-riqueza/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

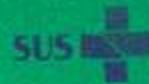
RIBEIRO, M. Em culto, Bolsonaro é recebido como “mito” e defende Mendonça no STF. **Poder 360.** 2019. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/em-culto-bolsonaroe-recebido-como-mito-e-defende-mendonca-no-stf/>. Acesso em: 08 mar. 2022.



16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DEMOCRACIA E SAÚDE

CNS Conselho Nacional de Saúde



AS HISTÓRIAS POR TRÁS DA HISTÓRIA: EXPERIÊNCIAS NARRATIVAS DA PESQUISA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Rafael Fernandes Tritany

INTRODUÇÃO

Há muitas histórias por trás das histórias. Não obstante, a historicidade de um acontecimento somente se é adquirida quando ele é contado a alguém ou quando é registrado, o que por sua vez é também uma forma de contar histórias.

Não estava - ainda não havia nascido - na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tudo que sei dela advém das suas histórias contadas de boca em boca, da vasta literatura produzida e dos frutos que pude colher enquanto usuário e trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, antes de viajar para Brasília, retomei a leitura do Relatório Final da 8ª CNS (BRASIL, 1986), e o fiz novamente após a 16ª CNS. Mesmo sendo frio e marcado pelo paradigma da informação, é também quente em suas polêmicas históricas, debates profundos e disputas de modelos que ultrapassam o setor saúde, de modelos societários.

A contradição é outra marca desse documento, percebida, por exemplo, logo na introdução, quando a discussão acerca da estatização é trazida à tona. Se por um lado é refutada a estatização imediata do SUS, por outro a estatização da indústria farmacêutica é aprovada. Essa aparente contradição expressa um espaço vivo de disputas e debates.

Trago tal tema para (re)pensarmos o desafio que é produzir uma relatoria final com cheiro e o gosto do vivo vivido, por aqueles que viveram a Conferência. Para além disso, há também o desafio de refletir as conferências regionais, municipais, nacional e as conferências livres num único documento norteador dos próximos passos na trajetória do SUS.

Para tanto, pretendo neste manuscrito compartilhar com vocês leitores as experiências na pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde” realizada em ato, durante 1 Farmacêutico

e residente multiprofissional em saúde da família (ENSP/Fiocruz) a etapa nacional da Conferência, entre os dias 4 e 7 de agosto de 2019. Fica aqui o convite para mergulharmos em mais uma das histórias por trás da história da construção do Sistema Único de Saúde.

2. METODOLOGIA

De pronto, afirmo aqui um compromisso com os leitores deste manuscrito: de modo algum pretendo vaguear pelas terras da imparcialidade. Se narrar é reviver — ou manter vivo — um pedaço da história do narrador, que outrora também vivera em outras histórias de outras pessoas, naquele que a escuta ou lê, então é natural que se imprima “na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso” (BENJAMIN, 1987, p. 205). Nesse desenrolar de contos, desento a tentação de tudo esmiuçar com proféticas referências bibliográficas, que por si só (não!) poderiam dar sentido às coisas. Nem por isso deixarei de seguir bons conselhos, afinal, do que seriam as narrativas e os narradores sem a sabedoria dos conselhos? Nesse sentido, inspiro-me nas sábias palavras de Walter Benjamin (1987, p. 203), em seu escrito O Narrador: “metade da arte narrativa está em evitar explicações”. A crítica do autor à informação, tecida na década de 1930, permanece atual:

... cada manhã recebemos notícias de todo o mundo. E, no entanto, somos pobres em histórias surpreendentes. A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação (BENJAMIN, 1987, p. 203).

Acerca dessa questão, Bondía (2002) vai além ao contrapor a experiência à informação. Enquanto a primeira está na dimensão do que “se passa”,

ou “acontece”; a segunda se encontra no que “nos passa” ou “nos acontece”. Assim, do miraculoso ao concreto, aterro-me nos ares rarefeitos conduzidos pelos contares (de causos), que são estáticos tão somente no momento da transferência de uma pessoa a outra, e faço deste manuscrito uma narrativa das experiências na pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”.

3. AS HISTÓRIAS POR TRÁS DA HISTÓRIA

Dito isso, começo nossa história um dia antes do início da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde reuniram-se os pesquisadores, cuja ideia pioneira fez florescer este manuscrito, com um agrupamento ainda amorfo de sotaques, costumes e aspirações. Estava quente, e o clima árido do cerrado já nos encarava defronte. Nesse encontro, em meio ao suor, resvalavam-se anseios e metas, desejos e métodos. Tão duais quanto complementares, tão rijos quanto tenros.

Nosso primeiro contato com os instrumentos de pesquisa foi marcado por estranhamentos, questionamentos, incômodos. O questionário apresentado para coleta de dados era extenso e um tanto quanto confuso. Algumas perguntas pareciam repetidas e havia erros de conteúdo em outras. Como se não bastasse, engendrou duas páginas de orientações para ser aplicado “corretamente”. Nem tudo é um mar de rosas, contudo, cabe ressaltar que os estranhamentos são quase que indispensáveis para construção dos entranhamentos, o que se confirmou ao longo dessa trajetória.

Ao final daquela tarde, acredito que, tanto para os mais novos quanto para os mais experientes, havia apenas um fino contorno do que viria a ser a experiência nessa Pesquisa em ato, no calor dos acontecimentos.

Todos verdes — na cor da camisa, dada apenas aos pesquisadores, mas também em razão do estágio inicial da pesquisa —, fomos amadurecendo a cada questionário aplicado. Testando-nos, e ao próprio instrumento de pesquisa, arrisco a dizer na primeira pessoa do plural que buscamos o equilíbrio entre o qualitativo e o quantitativo nesse percurso, mesmo sabendo que a primeira etapa da Pesquisa era, sobretudo, quantitativa.

Acerca desse assunto, aludo à dialética materialista, sem a qual somos facilmente capturados pelas falácias da lógica formal aristotélica. Insiste a primeira em que há uma falsa dicotomia entre estudos quantitativos e qualitativos, a ser superada pela visão de complementaridade entre tais abordagens. Estruturante e advinda da filosofia marxista, essa mesma lógica admite que a realidade concreta é o produto da unidade das suas contradições (SANTOS et al., 2018). Nesse sentido, não apenas a análise dos dados quantitativos pode ter uma abordagem qualitativa, como a própria formulação dos instrumentos de pesquisa e a coleta de dados possuem uma dimensão qualitativa.

Ademais, caro(a) leitor(a), sob o prisma das subjetividades, a forma de aplicação dos questionários, sobretudo no dia de abertura da conferência, influenciou também a expectativa e experiência do conferencista. Isso pois, no início do evento o participante está munido apenas de expectativas e acúmulos passados, sendo a experiência do vivido construída em ato. Dessa forma, transmitir a ideia reducionista de número — das pesquisas quantitativas tradicionais — ao pesquisado, no instante em que poderia (deveria) estar sendo acolhido, teria consequências negativas no campo das subjetividades.

Pouco tempo após abordar os primeiros que adentravam a Conferência, lembro-me de ficar perplexo com a variedade de histórias que ouvia, a disparidade entre as realidades vividas, e, é claro, os

distintos caminhos que delegaram a esses sujeitos — delegados — a tarefa que viriam a cumprir. No mesmo momento em que conversava com um trabalhador rural, cuja renda média mensal não ultrapassa 300 reais mensais, também o fiz com um médico, cuja renda é 100 vezes maior que a desse colega de prosa. Atrapalhados por um jovem de camisa verde, prancheta na mão e caneta na orelha, interromperam a conversa e contribuíram para a pesquisa. Após terem seus crachás adesivados, seguiram a prosa.

Esses adesivos, que no início tinham pouco ou nenhum significado — senão o óbvio, separar aqueles que já haviam participado do restante —, ao final da conferência tornaram-se uma marca entre os conferencistas. Nos corredores pude ouvir: “Oras, participei da pesquisa mas não recebi o adesivo”, “Quero um adesivo desses, como faço para receber?”; ou quando delegados se questionavam: “você já participou da pesquisa? Vá lá”. As conversas de corredor e a busca pelos adesivos foram apenas uma débil metodologia empírica que me serviu de termômetro para medir o grau de difusão da Pesquisa na 16ª CNS.

Ao final de cada dia nos reuníamos para fazer um balanço do dia, discutir velhas e novas estratégias e realinhar as abordagens. Aos poucos, trabalhando lado a lado, com prancheta na mão, boca seca e suor na testa, fomos nos aproximando uns aos outros. Quando me dei conta já não éramos mais os mesmo estranhos daquela sala quente antes do evento. Na medida em que os entranhamentos se construíam, uma grupalidade se contraiu.

Grupalidade essa (gerada e) geradora de rupturas com as estruturas hierárquicas das pesquisas acadêmicas tradicionais. Éramos todos pesquisadores, é claro, uns com função de coordenar as equipes, mas todos compartilhando as diferentes facetas da pesquisa, da coleta de dados à avaliação do processo. Confesso que, pessoalmente,

após viver anos de graduação em uma universidade tradicional (UFRJ), que ainda possui um lastro catedrático muito forte, ver professores pesquisadores suando a camisa tal qual estudantes universitários foi gratificante.

Não me entenda mal, caro(a) leitor(a), acredito numa educação freiriana, na derrubada desse sistema hierarquizado, na relação dialógica de ensino-aprendizagem; mas fato é que ainda estamos longe dessa realidade. No mais, podemos afirmar que há um desenvolvimento desigual e combinado dessas novas formas de aprender, ensinar, e por que não, pesquisar. Isso é, eclodem dialeticamente formas contraditórias de educação dentro das instituições de ensino e fora delas, que apesar de desiguais, combinam-se na construção de um campo “contracorrente”.

Se a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde com representatividade de trabalhadores e usuários do SUS foi uma grande conquista, a participação popular ainda é um campo em disputa para que as necessidades de saúde da maioria da população sejam ouvidas. Nesse sentido, há diversas formas de se exercer a participação popular, inclusive dentro das conferências.

No contexto atual, de retirada de direitos trabalhistas, ataques à seguridade social e desinvestimento crônico da Saúde Pública é mister que tenhamos um posicionamento de classe — ou seja, entendendo que há interesses irreconciliáveis nas distintas classes sociais. Acredito ter sido isso o que observamos na abertura da 16ª CNS durante a fala do ministro da saúde: contestações, objeções, protesto e sua saída da mesa em meio às vaias. Naquele momento, não era um grande grito uníssono que reclamava seus direitos, mas novamente uma disputa que se instaurava. Para mim, aquela espécie de furor, deu um certo tom à conferência, a voz dos silenciados, a força da juventude e a sabedoria dos

antigos, a vivacidade dos movimentos sociais, as mãos e pés de usuários e trabalhadores.

Nesse misto, embalamo-nos a capturar entrevistas qualitativas e impressões dos grupos de trabalho e atividades autogestionadas: tarefa essa de dar voz ao sentimento e às impressões subjetivas dos participantes.

Pude notar um sentimento difuso de medo, preocupação e indignação com a situação políticoeconômica atual e como ela afeta o SUS. Mas, por outro lado, a esperança daqueles que se mobilizam na construção do SUS, nos seus mais diversos segmentos e instâncias participativas, caminhava junto a essa apreensão. Assim, o que pude apreender disso é que se há descrença na política tradicional, há uma crença nos próprios punhos, entrelaçados entre aqueles que lutam por uma outra sociedade. Se há luta, haverá esperança!

Dessa forma, a Pesquisa na 16ª CNS reforçou a ideia de que as conferências não se encerram apenas em um relatório final, duro e frio. Mas que é possível apreender dessa mobilização, de milhares de brasileiros e brasileiras, no processo de controle social, a importância das aspirações, dos sentimentos, do suor que pinga da testa e da manga da camisa dobrada daqueles que botam a mão na massa. Além disso, urge a necessidade de estudar a composição e a efetividade dessas instâncias colegiadas que têm sido consideradas um avanço na democracia brasileira.

REFERÊNCIAS:

BENJAMIN, W. O narrador. In: BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Obras Escolhidas, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de Março de 1986. Brasília, DF, 1986

LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n.19, p. 20-28, 2002.

SANTOS, T. A. et al. O materialismo dialético e a análise de dados quantitativos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018, e0480017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201800048001>. Acesso em: 08 mar. 2022.



SUS
NÃO É
MERCADORIA

SEM
ENFERMEIR
NÃO HÁ SUS

foto: Mariana Raphae/Saude-DF 16º CNS

DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DIREITO À SAÚDE: REAFIRMANDO A IMPORTÂNCIA DAS CONFERÊNCIAS COMO ESPAÇO DE CONTROLE SOCIAL

Gabriela Cristina Braga Bisco²⁵

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: O PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE E CAMINHOS PARA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

No início do século XX no Brasil, a saúde não era considerada de todos. Somente as pessoas que poderiam pagar pelo serviço tinham acesso à saúde. Além disso, o modelo de saúde centrado na doença tinha como figura principal o profissional médico, desconsiderando outros profissionais que configuram como elementos essenciais na saúde.

Na análise de Bravo (2013, p. 18)

As ações em saúde sempre foram diferenciadas, segundo as classes sociais existentes na sociedade; entretanto, no capitalismo dos monopólios, esta diferenciação se acentua, com a criação de instituições médicas voltadas para diferentes clientela, o que se expressa pelo seu caráter privado ou estatal.

Dessa forma, a saúde não era considerada um direito universal, independente de classe social ou da ocupação na sociedade. Após diversas mudanças em legislações e após a intensa industrialização no Brasil, onde um maior número de pessoas passou a ocupar as cidades, o Estado passou a intervir diretamente nas desigualdades sociais, assegurando alguns direitos para a população por meio de políticas sociais.

Até os anos 80, a saúde era marcada pelo caráter focalizado e seletivo na doença e em um modelo que não considerava a universalidade do acesso e integralidade das ações e serviços.

Na década de 1980, o Brasil passou por um processo de democratização e uma efervescência política e social que culminou em uma nova Constituição que buscou, de alguma forma, expandir os direitos sociais. Nesse período, novos sujeitos

25 Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Franca – São Paulo – Brasil

começaram a participar das discussões sobre política e sobre as reais condições e direitos da classe trabalhadora e da população. Na área da saúde, esse momento de efervescência política mobilizou a população e entidades representativas na luta pela saúde pública e de qualidade.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006).

No final da década de 1970 surge no Brasil um movimento que conta com a participação de trabalhadores de diversos setores da saúde, além da população usuária dos serviços, em busca de uma saúde pública e para todos. Um dos principais marcos na área da saúde no que se refere à luta pela democratização e pelo direito universal foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília, que culminou em um processo denominado Movimento de Reforma Sanitária. O movimento foi o marco da representatividade desses sujeitos coletivos, que incluíam trabalhadores da saúde, sindicatos, associações de moradores e movimentos sociais, que tinham como objetivo questionar e debater propostas com a intenção de estabelecer as responsabilidades do Estado em relação à saúde, questionando o direcionamento que estava sendo dado à saúde até então.

De acordo com Finkelman (2002, p. 242), os princípios da Reforma Sanitária brasileira eram:

- 1) A melhoria das condições de saúde da população;
- 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal;
- 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito;
- 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade;
- 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Os sujeitos coletivos que fizeram parte deste movimento defendiam a melhoria das condições de vida da população, além de uma nova formulação da política de saúde no Brasil, que deveria possuir como princípios fundamentais a integralidade e a equidade dos serviços, além da responsabilidade do Estado para assegurar o direito à saúde para toda população. A preocupação central dos sujeitos que discutiam a Reforma Sanitária é a responsabilidade do Estado na área da saúde e nas políticas sociais, na análise de Bravo (2006, p. 101) “[...] pautando-se na concepção de Estado democrático de direito.”

Após a aprovação da Constituição, as principais propostas e reivindicações da Reforma Sanitária foram aprovadas, ou seja, a saúde passou a ser considerada como direito universal, cabendo ao Estado o dever de provê-la com integralidade e equidade a todos os indivíduos; definição e criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com a integração de forma hierarquizada de todos os serviços públicos de saúde, com descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O SUS foi assegurado a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), no artigo 196, a saúde é definida como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o conceito de saúde é ampliado e definido não somente como a ausência de doenças, considerando a redução do risco de adoecimento e o agravamento de doenças, especialmente, o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção associadas à assistência em saúde. Além disso, a Constituição prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, abrangendo fatores condicionantes e determinantes para a saúde da população (BRASIL, 1988).

Além do texto constitucional, o SUS passou por uma afirmação por meio da Lei Orgânica da Saúde número 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) e a Lei 8142 de 1990 (BRASIL, 1990) que reafirmam seus princípios, diretrizes e formas de organização e gestão do sistema. Por meio dessa legislação específica, são assegurados os princípios fundamentais do SUS como o direito ao atendimento universal e gratuito, uma nova forma de organização da política de saúde, incluindo desde o direito e acesso a recursos e serviços de prevenção e promoção à saúde ao atendimento de alta complexidade e acesso a medicamentos de forma gratuita; o direito ao atendimento de forma integral, envolvendo várias dimensões que contribuem no processo saúde doença que envolvem o indivíduo e a comunidade; e o direito à equidade, no sentido de tratar as diferenças, prioridades e necessidades de acordo com o risco e vulnerabilidade.

O processo de transição para a saúde pública no Brasil foi um processo de mudança que surgiu em um momento de efervescência política em que muitos atores sociais como trabalhadores da saúde, usuários e gestores passaram a pensar o processo saúde-doença de forma ampla, considerando que a questão social é inerente a esse processo e que os fatores sociais de determinada população influenciam diretamente sua saúde.

O direito à saúde foi incorporado à Seguridade Social brasileira que compreende o direito ao acesso à assistência social, previdência e saúde. Bravo (2006, p. 9), considera que a Seguridade Social é:

(...) a corporificação legal e institucional de um acordo societário que se construiu como base de nosso processo de transição à democracia. Em outras sociedades latino-americanas, com uma experiência democrática muito mais densa, a transição teve o caráter de reconstrução da institucionalidade democrática. No caso brasileiro, dada a escassa e frágil experiência democrática anterior, a transição constituiu-se no momento de criação dos instrumentos e processos democráticos. Nunca a noção de cidadania e de direitos sociais havia sido tão discutida e vivenciada em nossa sociedade (BRAVO, 2006, p. 9).

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e da regulamentação do SUS, a saúde passou a ser reconhecida como política pública e enquanto política de direito universal. Como política pública, o SUS tem como objetivos:

Art. 5º - I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realiza-

ção integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Portanto, é dever do Estado garantir condições para que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde tanto para prevenção de doenças como para recuperação, devendo observar que múltiplos fatores incidem na saúde dos indivíduos. O SUS deve ser organizado a partir das seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a participação da sociedade na política pública de saúde está assegurada na Constituição Federal de 1988 nas leis específicas da saúde como a 8080/90 (BRASIL, 1990) e 8142/90 (BRASIL, 1990).

EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

A participação da sociedade de forma democrática ocorreu após a Constituição de 1988, que instituiu espaços de participação social em diversos dispositivos no âmbito federal, estadual e municipal. Espaços de articulação entre a população e o Estado foram criados no sentido de assegurar que a população tivesse voz e pudesse opinar sobre questões políticas e direitos de formas diretas.

O direito à participação social e ao controle social na saúde está assegurado nos princípios e diretrizes do SUS e possuem grande relevância no âmbito das políticas públicas, pois possibilita que a população participe do processo de formulação e controle da política de saúde. O controle social

refere-se às ações da população no sentido de fiscalizar ações e serviços de saúde, formular estratégias de intervenção e acompanhar a execução de projetos e programas de saúde e está garantido nos princípios e diretrizes do SUS.

As diretrizes representam conquistas expressivas do ponto de vista da responsabilidade na gestão da saúde, ou seja, do atendimento integral que considera não apenas a recuperação da saúde de indivíduos, grupos e comunidades, do mesmo modo, da prevenção e da participação da comunidade nas decisões sobre a gestão e planejamento da política de saúde, destacando o papel dos Conselhos de Saúde. De acordo com Raichelis (2006, p. 78), os Conselhos e os espaços democráticos de participação social nas decisões sobre a saúde do país fortalecem:

[...] a ideia de que os espaços de representação social na organização e gestão das políticas sociais devem ser alargados para permitir a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, principalmente os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político. Ainda, segundo a autora, “[...] são espaços que estão sendo construídos pela ação coletiva de inúmeros sujeitos sociais. (RAICHELIS, 2006, p. 84).

E ainda “[...] podem provocar mudanças substantivas na relação Estado-sociedade [...] e contribuir com a construção/consolidação de uma cultura política contra-hegemônica, por meio da prática da socialização da política e da distribuição de poder”. (MORONI; CICONELLO, 2005, apud RAICHELIS, 2006).

Os Conselhos de Saúde configuram-se como espaços deliberativos e de controle social, permitindo a participação de diversos atores sociais como gestores, trabalhadores da saúde, representantes

de movimentos sociais, representantes de órgãos de defesa de direitos e a população usuária dos serviços, que possuem poder decisório nas questões de saúde, de forma participativa e democrática. Dessa forma, os Conselhos de Saúde devem existir nos municípios brasileiros para um maior controle da execução, financiamento e gestão da política de saúde.

No sentido de ampliar a participação popular na saúde, as Conferências de Saúde se consagraram como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.

Em um contexto de retrocessos nas políticas sociais e na política de saúde no Brasil, as conferências são espaços fundamentais para ouvir a população, debater e formular estratégias para a efetivação dos princípios do SUS. Esse processo, assim como os Conselhos, representam uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta.

A partir do momento da criação do SUS e da concepção ampliada do conceito de saúde, ampliaram-se também os canais de participação social e democrática no sistema, seja por meio dos conselhos ou ainda por meio das conferências de saúde em cada esfera do governo.

Atualmente, a organização da participação social e do controle social em saúde ocorre a partir de órgãos colegiados e deliberativos como os conselhos municipais de saúde, conselhos estaduais de saúde, conselho nacional de saúde, comissões que contam a participação de gestores, trabalhadores e usuários e as conferências de saúde, no nível municipal, estadual e federal. A saúde é representada nesses espaços por profissionais, ges-

tores e usuários que são eleitos por um colegiado para representar a saúde em diferentes esferas do governo.

Os conselhos e as conferências de saúde são considerados os órgãos máximos de representação social com diferentes atores que serão responsáveis por criar estratégias, acompanhar e fiscalizar ações e serviços de saúde. Essa participação se dá de forma democratizada e horizontal, preservando as diferenças de cada seguimento e as particularidades de cada local. Apesar de ser instrumento de representação social e considerado um avanço na participação democrática direta, os conselhos e conferências também sofrem contradições e fragilidades. Seja no âmbito municipal, estadual ou federal, esses espaços ainda são pouco conhecidos pela população que não sabem os canais e recursos para atuar de forma direta e participativa sobre a política de saúde. Além disso, esses espaços também podem sofrer com interesses políticos que atrapalham o processo democrático e participativo.

PESQUISA EM SAÚDE E A 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL

Presenciamos recentemente no Brasil a 16ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, realizada no período de 4 a 7 de agosto de 2019. Essa conferência teve como proposta a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS e, mais do que isso, da democracia e da participação popular, consagrados pelo Movimento de Reforma sanitária brasileira e pelo seu marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em um período de retrocessos no campo dos direitos, o debate sobre participação e controle social é fundamental para dar voz aos sujeitos de diferentes espaços institucionais e de diferentes regiões do Brasil que podem compartilhar experiências no trabalho, gestão e serviços do SUS, multiplicando saberes, vivências e histórias de vida. Mais do que

um espaço de deliberação sobre as questões de saúde no nosso país, as conferências consagram-se como espaços de resistências ao desmonte e sucateamento da política de saúde.

O SUS completou trinta anos em 2018 e é considerado um marco para o Brasil e para o mundo como uma das propostas mais avançadas de inclusão social e de universalidade do atendimento em saúde, marcado por diversas legislações e regulamentações que explicitam o Estado como responsável pelo acesso justo e universal de todos ao sistema de saúde, pautando-se na concepção de Estado democrático de direito.

Os avanços e pontos positivos do sistema são muitos, começando pela mudança no conceito de saúde, uma vez que ela não é determinada apenas pela ausência de doença, mas por fatores econômicos e sociais que interferem diretamente na qualidade de vida da população. Os atendimentos de forma descentralizada e com altos níveis de complexidade representaram uma ruptura com os métodos apenas curativos, centrados na doença e não na promoção e prevenção à saúde.

O poder de participação da população por meio dos conselhos de saúde e conferências fortalece a ideia de que os espaços de representação social na organização e gestão das políticas sociais devem ser alargados para permitir a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, principalmente os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político.

No mesmo sentido da participação social, a pesquisa em saúde possibilita que a população conheça mais sobre determinado assunto, possibilitando reflexões e conhecimento. Mapear como se dá a participação em saúde no Brasil é fundamental para pensar em estratégias e possibilidades de efetivação do controle social no país, buscando

conhecer as dificuldades e potencialidades da participação social.

Dessa forma, além da 16ª Conferência Nacional de Saúde ser considerada um marco de resistência e reafirmação dos princípios da Reforma Sanitária, a pesquisa realizada por mais de 100 pesquisadores possibilitou um novo olhar para a participação social em saúde e uma nova direção em busca e defesa da universalidade das ações e serviços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

Tenda
LOFREIRE
SUS Em Cena

atenção à saúde

POPULAR

**WOPS
ANEPS
SERGIPE**

SUS +

Universal
Equitativo
Integrado

II CONGRESSO NACIONAL



II CONGRESSO NACIONAL
DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM
SAÚDE



RESSIGNIFICANDO SABERES: VIVÊNCIAS ENQUANTO PESQUISADORA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Camila Fontana Roman

Sou descendente de imigrantes italianos, nascida em uma cidade do interior de Santa Catarina, filha de cidadãos comuns que oportunizaram que eu estudasse e concluísse minha formação superior em Farmácia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), uma universidade pública, gratuita e de qualidade. Essa formação e as possibilidades de vivências durante a minha graduação foram essenciais para a construção do meu pensamento e posicionamento nos dias de hoje, visto que o curso possui um currículo voltado para preparar os profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo durante a graduação, busquei conhecer mais sobre o SUS e diferentes sistemas de saúde implementados ao redor do mundo, a fim de ter mais experiência e poder colaborar com o SUS por meio da minha atuação profissional.

Ao final da graduação, percebi que me identificava com a atuação na Atenção Básica e em outros ambientes do sistema de saúde brasileiro. Continuei, então, participando de atividades que colaborassem para o meu conhecimento sobre os desafios e as potencialidades para o SUS e decidi cursar Residência Multiprofissional em Saúde para aperfeiçoar meus conhecimentos, principalmente em relação à prática profissional. Atualmente estudo na Universidade Federal da Fronteira Sul, me especializando em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica/Saúde Coletiva. Desde o início desta formação pude vivenciar as teorias estudadas desde a graduação, aprofundar meus conhecimentos teóricos e compreender na prática o funcionamento da Atenção Básica, que busca atender as necessidades da população adscrita à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Constantemente venho buscando saber mais sobre o SUS e seus aspectos estruturais. Participei de cursos, seminários, debates, vivências, entre outros, sendo que a participação em eventos e o compartilhamento de experiências contribui para a expansão do meu conhecimento e vivências no

sistema de saúde. Assim, ao ter ciência acerca do edital relacionado à pesquisa que estaria em andamento durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (8ª + 8), entre quatro e sete de agosto de 2019, li atentamente todos os critérios e resolvi me inscrever para participar da equipe de pesquisa.

Um dos critérios para seleção era escrever um texto, atividade a qual foi de grande facilidade para mim, já que me sinto muito próxima ao SUS e sou sua defensora. Assim, fui selecionada para estar presente em Brasília e compor a equipe de pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. O momento foi de grande alegria, já que por ser residente e participar de espaços de controle social do SUS, já havia estado em pré-conferências e conferências municipais e gostaria de estar presente no maior evento de controle social do SUS. Assim, fiz os preparativos necessários e me organizei para a viagem.

O destino era uma incógnita: saindo do interior do Rio Grande do Sul, de uma comunidade com costumes parecidos com os da minha cidade natal, com doenças e problemas de saúde conhecidos por mim, estaria partindo para uma viagem para um local fisicamente desconhecido e para saber melhor sobre o que o país oferece aos seus cidadãos em outros estados, municípios e comunidades. O atendimento pelo SUS em outros locais, seria melhor, ou pior? Seria como é mostrado pelos meios de comunicação? Como se daria o controle social em todas as instâncias? Muitas perguntas pairavam pela minha cabeça. Esperava encontrar a resposta para algumas delas.

O primeiro contato com a equipe responsável pela pesquisa no dia três de agosto foi acolhedor. Os selecionados para estarem presentes receberam treinamento para a aplicação dos instrumentos da pesquisa. Primeiramente, conversamos sobre o questionário a ser aplicado para todos os par-

ticipantes da CNS, o qual gerou muitas dúvidas e discussões, sendo solucionadas no local. Em seguida, discutiu-se a respeito das entrevistas semiestruturadas e os roteiros de observação de grupos de trabalho e demais atividades.

A CNS iniciou cedo para a equipe de pesquisa, já que o credenciamento estaria sendo feito a partir das 8 horas. Recebemos o material necessário e iniciamos a coleta de dados. Os participantes foram receptivos em relação à pesquisa, de modo geral.

Mesmo em um momento crítico da história brasileira, principalmente em relação à participação popular, a 16ª CNS aconteceu. Nela ocorreram debates sobre assuntos variados. Foram discutidos os eixos norteadores pelos Grupos de Trabalho (GT), os quais votaram pela manutenção ou exclusão total ou parcial do texto para o relatório final. Ao final, houve também a votação com os mesmos objetivos na plenária final. Porém a 16ª CNS não se tratou somente de discussões em GT, houve diversas atividades simultâneas durante todos os dias da conferência. Os participantes da 16ª CNS puderam conhecer e usufruir de resultados terapêuticos das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ofertadas no Espaço de Cuidados Neide Rodrigues, aproveitar momentos de trocas culturais em forma de música durante as refeições, participar das atividades promovidas pela Tenda Paulo Freire, promovendo a Educação Popular em Saúde e debatendo temas de interesse comum, conversar com representantes dos órgãos governamentais relacionados à saúde, adquirir artesanato típico construído de forma sustentável e trocar experiências com representantes de movimentos sociais.

Houve, também, diversas manifestações culturais de diferentes partes do país, manifestações políticas e inúmeras Atividades Autogestionadas (AAG) sobre temas diversos, promovidas por grupos de estudos ou instituições relacionadas à saúde. Tive

a oportunidade de participar de uma das atividades propostas, a qual debateu sobre o acesso a medicamentos no SUS, tratando sobre as dificuldades encontradas na rotina dos serviços e quais as propostas de intervenções para melhorar essa realidade.

Todas as atividades e espaços da 16ª CNS poderiam ser incluídos na pesquisa por meio de relatos dos pesquisadores. Dessa forma, a AAG da qual tive a oportunidade de participar foi incluída como resultado da pesquisa, por meio da observação. A realização de todos esses espaços demonstrou a riqueza da CNS e, conseqüentemente, também os dados coletados para a investigação em andamento.

Essa variedade de culturas e manifestações da CNS representa a voz do povo, do cidadão comum, que oferta, presta e/ou utiliza os serviços do SUS em todo o território nacional e que busca mais qualidade para o sistema de saúde. A população foi quem elegeu seus representantes para participarem da etapa nacional das conferências de saúde, os quais votaram conforme sua vontade e construíram os delineamentos a serem divulgados no relatório final da 16ª CNS. Mesmo assim, qualquer pessoa poderia ter acesso ao local da Conferência para a participação nos espaços comuns, excetuando-se o direito ao voto, reservado somente para os delegados eleitos em todo o país.

As decisões tomadas na 16ª CNS devem servir para embasar as ações do Ministério da Saúde nos próximos anos. Essas decisões devem influenciar o dia a dia de cada pessoa que venha a utilizar os serviços do SUS, e isso significa toda a população que mora no Brasil, pois por mais alto salário que um habitante tenha, se beneficia diretamente, cite-se como exemplo a vacinação, o controle da qualidade da água e alimentos, os procedimentos e medicamentos de alto custo etc.

O aprendizado e experiência obtidos com a aplicação dos questionários superou minhas expectativas. Com a aplicação de cada questionário ganhei agilidade e destreza nessa prática. Também consegui compreender melhor os aspectos envolvidos em uma pesquisa de tão grande porte como esta. Entretanto, a parte mais importante nesses dias foi o contato com o próximo, desde os demais integrantes da equipe de pesquisa até os participantes da Conferência. Conheci pessoas incríveis, com pontos de vista diversificados e que me permitiram ver o mundo de forma diferente. Conheci até mesmo pessoas da minha cidade natal ou que já haviam passado por ela, com histórias surpreendentes. Conversei com pessoas que permitiram com que eu me reafirmasse no espaço em que me encontrava: como defensora do SUS e do controle social.

Tive a oportunidade de conhecer melhor as experiências de outros lugares em relação ao controle social, já que tive contato com tantas pessoas durante a pesquisa. Recebi relatos de locais em que o Conselho de Saúde enfrenta as mesmas dificuldades enfrentadas na comunidade onde atuo como farmacêutica residente. De maneira geral, percebi o quanto falta para que o controle social seja efetivo e o quanto a população desconhece sua importância e está distante desses espaços. O Conselho encara dificuldades financeiras, políticas e de pessoal não qualificado. Muitos relataram a falta de conhecimento dos conselheiros quanto à própria função que exercem dentro do Conselho e a baixa participação popular nos espaços de controle social em todos os níveis (local, municipal, estadual e nacional). Isso se deve ao desconhecimento da população sobre esses espaços e/ou o desejo de a gestão de não divulgar seu propósito, refletindo negativamente na participação popular e dificultando a construção conjunta das políticas públicas.

A 16ª CNS possibilitou uma intensa experiência de participação e de troca enquanto pesquisadora com pessoas de todas as partes do Brasil, o que me levou a compreender que os problemas enfrentados no meu município de atuação são muito similares aos enfrentados em todo o território nacional. Isso me preocupa, já que não estamos conseguindo fazer com que o controle social seja efetivo em diversos lugares do país, dificultando as ações momentâneas e futuras sobre a saúde da população de cada região, e seguindo por um caminho em que esses espaços, não sendo bem aproveitados, podem vir a serem extintos.

Por outro lado, também conheci experiências de Conselhos de Saúde com autonomia, espaços próprios e resultados efetivos para a população. Conselheiros que questionam e apontam os erros da gestão na administração dos recursos da saúde, trazendo discussões e melhorias na rotina diária dos serviços ofertados e nos resultados obtidos pela população. A participação na pesquisa também me possibilitou ter contato com culturas, segmentos, representações e conceitos diversos que estão presentes na realidade local de cada um, em todo o território nacional.

Compreendi que o controle social deve ser feito em todos os momentos no nosso dia a dia, e não somente durante as Conferências de Saúde. A população pode ocupar seus espaços destinados nos Conselhos de Saúde de todas as instâncias e em espaços de construção coletiva do SUS em cada comunidade. A participação popular faz com que as próprias pessoas possam encontrar a solução para os problemas locais, refletindo na saúde da população da região e nos indicadores de saúde municipais que, conseqüentemente, refletirão nos estaduais e nacionais.

O espaço do controle social no SUS já vem sendo ameaçado, mas está garantido pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a obri-

gatoriedade da existência dos Conselhos de Saúde com composição paritária para que seja feito o repasse dos recursos destinados à saúde aos municípios de todo o país (Lei 8.142, 1990). Saúde é um direito de todos, garantida pela Constituição (Constituição do Brasil, 1988). Cabe ao governo provê-la, mas cabe a cada cidadão defender o seu direito e fazer uso do espaço reservado para si no controle das ações em saúde.

Dessa forma, cada integrante de cada conselho municipal de saúde dos 5.570 municípios brasileiros tem o direito de reivindicar o que for melhor para sua realidade, devendo os integrantes da comunidade participar e fiscalizar as ações do Conselho de Saúde. Os representantes dos Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde têm o dever de fazer o mesmo, tendo ainda mais responsabilidade, já que representam populações de um Estado inteiro, ou de toda a nação.

Acredito que devemos fazer uso desses espaços garantidos para nós com o objetivo de fortalecê-los, defender sua manutenção em todas as instâncias, assegurar a participação da população nas decisões do governo em relação ao SUS e garantir que os resultados obtidos em saúde sejam a favor da população.

Assim, cheguei ao planalto central vinda da realidade do interior do Sul do Brasil e voltei com uma bagagem de conhecimento diferenciado, sobre as demais regiões e diversas realidades encontradas pelo país. Lembro neste momento de situações relatadas por meus familiares, numa época em que todo serviço de saúde era pago. Naquela época, ir ao médico era um luxo, um desperdício, até. Assim, sem direito à saúde, muitas pessoas morreram por falta de atendimento mínimo. Isso acontecia no Brasil há somente 30 anos.

O Brasil é territorialmente muito extenso. As informações nem sempre chegam a todos, os medica-

mentos, muitas vezes, são escassos, a população desconhece suas responsabilidades de acompanhar, fiscalizar e controlar o que o governo faz com o dinheiro pago pelos cidadãos em favor da saúde de todos. Espaços para discussão existem. Necessitam ser ocupados para serem garantidos como espaços legítimos do povo.

Em um passado pouco distante, o comum no Brasil era cuidar da doença. Hoje, o que precisamos é cuidar das pessoas, prevenindo as doenças, promovendo a saúde e fornecendo as condições mínimas para que todos possam viver, assim como definido na 8ª CNS, em 1986, como o conceito que conhecemos por saúde hoje:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 1986, p. 12).

Foi assim que se deu início ao SUS, com a participação, a reivindicação e a luta das pessoas. E é somente assim que poderá continuar a existir e a se desenvolver para fornecer a saúde integral que toda a população deste país merece, para que possa fazer uso pleno de sua cidadania.

A participação na 16ª CNS foi de grande satisfação pessoal. Encontrar tantas pessoas implicadas na defesa e construção de um SUS melhor para todos fez eu me identificar ainda mais com a luta e perceber que são muitas as pessoas que pensam como eu e que buscam os mesmos objetivos, o que fez eu me fortalecer para continuar a lutar por essas mesmas causas, juntamente com essas pessoas que levarei para toda a vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em:

_____. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em: 18 jan. 2022.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.



Feministas NEGRAS

ON ↔

Marielle

FADA
Maju



foto: acervo pessoal de Maria Juliana Rocha Reis

SUS, UMA HISTÓRIA QUE DEVE SER ESCRITA POR TODOS

Maria Juliana Rocha Reis²⁶

O Brasil é um país continental que, pela diversidade de complexidades que suas diferentes populações demandam, apresenta grandes desafios na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Pensando nisso, uma das diretrizes do SUS é a descentralização político-administrativa, que dá autonomia para a população decidir as prioridades de determinada região, seguindo sua própria diretriz, regionalização e hierarquização. Os espaços deliberativos no âmbito popular são os conselhos municipais, regionais, estaduais e municipais de saúde, bem como as conferências de saúde, onde o povo tem maior poder de decisão. Os delegados são escolhidos através de votações deliberativas realizadas pela própria comunidade.

A lei orgânica 8.142/90 prevê a participação social em todas as esferas do SUS, garantindo assim a descentralização do poder. Isso é muito bom, pois os usuários escolhidos para representar as comunidades se mostram resolutivos em relação às iniquidades sociais vividas por crianças, adolescentes e pessoas com condições singulares ou com deficiência.

A descentralização do poder é feita da seguinte maneira. São três segmentos: 25% gestores; 25% profissionais de saúde; 50% usuários. No último dia de conferência, as propostas que debatidas por cada Grupo de Trabalho (GT) foram expostas na plenária final para votação e, conseqüentemente, deliberação final. Cada participante ganha um aparelho eletrônico para a realização e contabilização dos votos que rapidamente são expostos.

A oportunidade de participar da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como pesquisadora me fez acreditar que “a saúde é direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988), como afirma o artigo 196 da Constituição Federal. É gratificante poder relatar a experiência que tive em um espaço que trata o SUS com tanta responsabilidade. Respeitando a individualidade de muitos segmen-

²⁶ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Distrito Federal, Brasil. jujurochareis@gmail.com

tos de usuários, acolhendo pessoas de diferentes religiões, partidos, etnias, raças, classes sociais e ideologias de vida.

Foi acordado que seriam realizados dois tipos de pesquisa, uma quantitativa e outra qualitativa, as quais seriam realizadas ao longo da conferência. Por um lado, fiquei triste por não observar de perto alguns GT que deliberaram e debateram temáticas em que tenho interesse, como a saúde da mulher, por exemplo. Por outro lado, foi impagável conhecer cada profissional de saúde, cada usuário, e saber que naquele lugar todos eram iguais e acreditavam em uma perspectiva melhor, ou seja, uma saúde pública e de qualidade. Aquele lugar também foi um lugar de prática profissional, quando percebi que, durante as entrevistas eu estava fazendo exatamente o que a Política Nacional de Humanização prevê.

Participando da 16 CNS, pude identificar uma dificuldade vivenciada pelo controle popular, a cronificação dos delegados e de pessoas que estão à frente dos conselhos. O perfil dos delegados se repetia, a maioria estava no cargo há mais de 10 anos, era apropriada das normativas, das mais antigas às mais recentes. Era perceptível o quanto os delegados queriam deixar o cargo, mas sentiam que em suas comunidades não havia pessoas engajadas o bastante para delegar essa função tão importante.

O questionamento que gostaria de trazer é: como o governo está influenciando o controle social e como essa autonomia está sendo dada às comunidades mais carentes e vulneráveis como quilombolas e indígenas? Como os espaços deliberativos influenciam na ponta do serviço? Pois sinceramente, essas incógnitas ainda se perpetuam no imaginário popular.

Ter Emerson Elias Merhy na abertura da conferência foi incrível, ver uma pessoa que está tão pre-

sente nas referências bibliográficas do meu curso expondo suas opiniões de forma acessível a todos que estivessem assistindo, traduzindo saberes, dialogando com parceiras e pessoas que popularizaram os saberes tradicionais, ali estava vivo o espírito freiriano.

Todas as pessoas que entrevistei demonstraram propriedade em relação a organização dos serviços e sistemas de saúde, principalmente as pessoas com condições singulares, que sabiam todas as portarias e leis que garantiam seus direitos. Inclusive, um entrevistado cadeirante estava muito insatisfeito, pois durante a conferência os GT estavam usando o termo “pessoa com necessidades especiais”, e o termo que deve ser usado é “pessoa com deficiência”, são os pequenos detalhes e o respeito que fazem diferença na operacionalização de qualquer serviço, e principalmente nos serviços de saúde.

Entrevistei uma mulher que representava uma comunidade quilombola do Rio Grande do Norte. Ela alegou que os principais problemas enfrentados em relação a saúde na comunidade eram os casos de retinose pigmentar em crianças e que falta suplementação de vitamina A. No SUS temos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e mesmo assim, infelizmente não é possível acessar todos os alvos da política. Dessa forma, podemos compreender melhor a importância do relato de experiência como uma ciência, a ciência que traz dados empíricos e resgata discussões sobre iniquidades históricas.

Houve representações de vários segmentos, mas, infelizmente, não identifiquei nenhuma representação de pessoas encarceradas — na minha opinião, pensar em medidas sanitárias em relação à superlotação de quase todas as penitenciárias brasileiras, levantar dados sobre as doenças que têm relevância epidemiológica são pautas que devem estar em vigor nos espaços deliberativos do SUS.

Debater sobre a saúde de mulheres em privação de liberdade, pensar que muitas dessas mulheres são mães, amamentam, menstruam e, consequentemente, precisam de absorventes, exames periódicos com ginecologista, remédios para cólica etc. O SUS deve enxergar e respeitar o direito dessa população.

Além de ter sido uma experiência profissional impagável, a 16ª CNS mudou minha visão como pessoa. Ali eu era só uma pessoa trocando conhecimentos e saberes com outras pessoas, e me senti muito acolhida por cada entrevistado e cada colega de pesquisa. São pessoas como essas que me fazem acreditar que podemos construir um Brasil melhor.

A 16ª CNS não era só um espaço de debater saúde, mas também para promovê-la. Havia vários estandes com foco informativo, distribuição gratuita de materiais didáticos produzidos por entidades como o próprio SUS, Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais em Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

As rezadeiras, benzedadeiras e massagistas ilustraram muito bem como os saberes tradicionais acontecem em suas comunidades e desempenham um papel indispensável de energizar qualquer participante da CNS que estivesse disposto a conhecer e respeitar suas culturas.

A Tenda Paulo Freire trouxe a importância da arte para a saúde das pessoas, abordando diversos assuntos de forma lúdica, como teatro e outras dinâmicas em grupo. Uma oficina bem marcante para mim foi a que tinha por objetivo confeccionar cartazes que foram usados na manifestação em favor do SUS. A liberdade do processo criativo, a ajuda mútua, o compartilhamento dos materiais, tudo

isso gerou um sentimento de trabalho em grupo que com certeza caracterizou a 16ª CNS.

Houve dois motivos para eu me orgulhar de fazer parte da equipe de pesquisa; em primeiro lugar, a ideia de fazer uma equipe mista, com graduandos, mestres e doutores pode ser um desafio em termos acadêmicos, mas na nossa sala, no nosso espaço de trocas, éramos só pessoas, aprendendo umas com as outras, acordando cedo todos os dias para um trabalho voluntário que só quem ama e acredita no SUS faria, tenho certeza que a experiência de trabalhar em um evento que tem marcado positivamente a história do Brasil, marcou a vida de cada “verdinho”. O segundo motivo foi ver quão diversa era a equipe, já que durante muito tempo a academia foi um lugar de pessoas majoritariamente brancas. Ver essa transição de paradigmas, ver que a partir também das políticas de cotas as pessoas pretas/pardas e de escola pública estão ascendendo educacionalmente, isso significa muito para mim, para meus pais e para os lugares que me tornaram o que eu sou. Um momento que me marcou muito, foi quando minha professora, doutora, preta e nordestina, pediu para tirar uma foto comigo para marcar o momento. Foi só um gesto, mas significou tanto para mim, por tantos motivos, que acho que tenho a obrigação de expor e classificar este como o melhor momento da conferência.

Posso afirmar que a 16ª CNS não foi apenas um espaço para debater como os serviços em saúde deveriam ser operacionalizados ou como o dinheiro público deveria ser gasto. Foi um lugar de encontro, de acolhimento, de escuta qualificada, um lugar onde as pessoas podiam ser o que elas eram, pois seriam respeitadas. Tive muito orgulho de fazer parte dessa história, de conversar com uma pessoa que entrevistei por minutos, mesmo após o fim da entrevista, mesmo quebrando os protocolos que foram acordados, ali eu era mais do que uma entrevistadora, eu era a Maria, que estava dialogando com pessoas que tinham um nome,

uma história, uma família, e que me marcaram. Por fim, gostaria de expor mais uma vez minha gratidão pela oportunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

FERNANDES, B. R.; RIGHETTO, L. E. C. O sistema carcerário brasileiro. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 4, n. 3, p. 115- 135, 3º Trimestre de 2013. Disponível em: www.univali.br/ricc - ISSN 2236-50

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S.; SAMPAIO, K. J. Participação social e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate** vol. 37 n. 96. Rio de Janeiro jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016> Acesso em: 18 jan. 2022.



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16^ª CNS

CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CONTRIBUIÇÕES NARRATIVAS E DISCURSIVAS DAS EXPERIÊNCIAS DA PESQUISA EM CAMPO NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8º+8)

Rodrigo Cardoso dos Santos²⁷

INTRODUÇÃO

Discutir o processo do exercício do controle social e da participação popular na efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um desafio dinâmico e necessário. Questionamentos como “o que temos até agora”, “o que realmente precisamos” e “quais caminhos estamos tomando para efetivar essas expectativas” são algumas das indagações que motivaram a minha participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde, na condição de pesquisador de campo. Adentrar o âmbito do estudo e vivências práticas acerca do controle social permite a possibilidade de construção e desconstrução sobre nossas formações e informações enquanto usuários, trabalhadores, prestadores de serviços ou gestores do SUS.

O ano de 2019 delineou-se no cenário brasileiro como um verdadeiro período histórico que ficará marcado em diversas memórias como sendo o ano em que ocorreu a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Adequadamente nomeada de “8º+8”, a 16ª Conferência aconteceu 33 anos após a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, glorificada por ser o espaço que, de forma inédita, angariou durante a sua realização uma efetiva participação popular com representações de diversos setores da sociedade.

Durante os dias 4 a 8 de agosto de 2019, um pouco mais cinco mil pessoas de todos os estados do Brasil e do Distrito Federal, lotavam o Pavilhão de Exposições do Parque da Cidade Sarah Kubitschek, localizado em Brasília/DF, com uma única intenção: debater, propor e, sobretudo, defender as políticas de saúde desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Torna-se oportuno destacar que a 16ª CNS acontece durante um conturbado momento político, econômico e social vivenciado no Brasil, enfatizando ainda mais a necessidade de nossas presenças no evento: partir

²⁷ Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal de Sergipe, campus Lagarto. E-mail: rodrigo- c06@live.com

da concepção de que construções coletivas e populares são o caminho mais efetivo para o exercício da cidadania e da luta por direitos em plena conjuntura de retrocessos e desgovernos.

Em termos legais, conforme apresentado pela lei nº 8.142/90, as Conferências de Saúde, em seu caráter provisório e consultivo, possuem como objetivos principais a avaliação da situação de saúde e a proposição de diretrizes para a elaboração de políticas de saúde nos níveis municipal, estadual ou distrital e federal, devendo acontecer com a periodicidade de quatro anos e serem convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde.

A 16ª CNS trouxe o advento inovador da realização da pesquisa de campo, intitulada de “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, construída coletivamente por pesquisadores de campo e por pesquisadores seniores. Dentre os objetivos da pesquisa, estava o de conhecer o perfil de participantes da Conferência, bem como suas impressões, perspectivas e opiniões acerca do papel dos Conselhos e Conferências como instâncias de efetivação do controle social.

A partir disso, o objetivo das discussões aqui construídas é o de relatar as contribuições epistemológicas, humanas, acadêmicas e sociais para o pesquisador de campo, advindas da pesquisa realizada durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Abordar os desdobramentos do controle social e da participação popular no SUS demanda que, anteriormente a isso, conheçamos um pouco mais sobre as semânticas trazidas por esses termos,

bem como os processos históricos que os envolvem.

Controle social é um conceito que surge no campo das Ciências Sociais, e é considerado como o condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, seja por grupos sociais ou pela sociedade aos quais pertencem, possuindo como agentes limitadores seus valores, normas e comportamentos. Entretanto, no Brasil o termo controle social foi ressignificado no período histórico que compreendeu a redemocratização política, iniciada em meados do ano de 1985, pós ditadura civil-militar, e a promulgação da Constituição Cidadã no ano de 1988. A eclosão de um clima democrático e o anseio da população de efetivar o seu direito participativo, trouxe ao controle social a conotação de uma relação Estado-sociedade, sendo a sociedade a responsável pelas práticas de vigilância e controle sobre o Estado (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

No campo da saúde, o controle social surge como um conjunto de intervenções, iniciadas por diferentes forças sociais, a fim de influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde, sendo regulamentado pela lei nº 8.142/90 (BRAVO; CORREIA, 2012; BRASIL, 1990). Nesse sentido, considerando que a necessidade da participação social foi primeiramente discutida pelo Movimento da Reforma Sanitária, as lutas por uma saúde mais universal, equânime, gratuita e de qualidade foram abordadas trazendo à luz de sua efetividade a necessidade de inclusão de novos atores no processo de construção das políticas de saúde. Para tanto, esses novos sujeitos, a saber: usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores do SUS eram agora entendidos enquanto sujeitos sociopolíticos, dotados de poder institucional, o que de certa forma modificou completamente o modo como a política era produzida, seja por grupos, entidades organizadas ou a própria gestão pública (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Por conseguinte, para além de uma lógica organizacional, a necessidade do exercício participativo se traduz e se justifica por um objetivo central: o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, reverberando no fortalecimento de identidades políticas e modificando as relações de poder, o que implica em uma politização das ações de saúde e do sujeito em suas atividades individuais ou coletivas (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013; BRASIL, 2006).

Nesse sentido, ao partir da categoria de cidadão, é fundamental que reconheçamos que o controle social brasileiro é uma ferramenta inerente à nossa recente democracia, sendo inclusive um patrimônio dificilmente encontrado em outras nações. Para além disso, cabe destacar que nas ações práticas ainda são encontradas inúmeras dificuldades para o pleno exercício do controle social e da participação popular em um país de dimensões continentais.

O conflito de interesses, o desconhecimento da população e as relações de poder são fenômenos que ainda se encontram presentes no Brasil e que dificultam a realização plena do direito à participação popular. Entretanto, cabe a nós, usuários, trabalhadores, prestadores de serviços ou gestores do Sistema Único de Saúde que lutemos pelo direito ao controle social, enquanto princípio de efetivação do SUS. Afinal, lutar pela participação popular é lutar para que vozes sejam ouvidas, para que nossos direitos sejam assegurados e, por fim, lutar diretamente pela nossa democracia.

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8º+8): SUBJETIVIDADES, INSURGÊNCIAS E INQUIETAÇÕES

Para além da apresentação da 16ª Conferência Nacional de Saúde como um espaço de efetivação do direito constitucional à participação popular nos rumos da saúde no Brasil nos próximos anos, é

preciso ainda refletir sobre o papel de frente de resistência e afirmação de persistência trazido pelo evento. Sendo assim, pode-se afirmar que a 16ª CNS trouxe, no cerne do polo político brasileiro, um movimento não de indivíduos, mas de coletivos e coletividades preocupadas, e possivelmente esperançosas com as futuras ações de saúde no Brasil.

Nessa perspectiva é que precisamos notar, em uma primeira observação, quão verdadeira é a premissa da “saúde como um direito de todos e dever do Estado” trazida pela Lei 8.080/90. Ao visualizarmos que a 16ª CNS trouxe representações de todos os estados e do Distrito Federal a partir de uma proposta de política emancipatória, entende-se que a antiga e tão reproduzida concepção hegemônica e hospitalocêntrica de saúde, reduzida à ausência de doenças, têm de fato declinado. É momento então de repensarmos e efetivarmos nossas ações dentro do SUS a partir dessa visão trazida tanto pela reforma sanitária quanto pelas Conferências, não só a 16ª.

Adicionalmente, chama a atenção a pluralidade de públicos e representações, no sentido de representatividades, que adentraram e apropriaram-se dos espaços: o Movimento Popular de Saúde (MOPS), o movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT+), o Movimento Negro, o Movimento Estudantil (ME), a exemplo da União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES) e da União Nacional dos Estudantes (UNE), integrantes do Movimento Sem Terra (MST) e do movimento indígena são alguns dos segmentos que marcaram presença, trazendo à tona a compreensão sobre reintegração de posse: grupos que historicamente foram impelidos a um processo de violência e exclusão social passam, agora, a protagonizar as discussões e a figuraram como a principal frente de oposição a todas as medidas que afetam negativamente o setor saúde, e, conseqüentemente, a manutenção da vida.

Participar da 16ª CNS, compreendida em sua grandiosidade pela forte alusão à 8ª Conferência Nacional de Saúde, marcadamente o primeiro espaço que angariou, de forma efetiva e plena a participação popular em sua estrutura, traz um sentimento único de completude, significância e realização. A oportunidade de ocupar esse espaço, enquanto graduando na área da saúde, fundamenta uma experiência totalmente singular, fortalecida pela troca entre coletivos e, sobretudo, por reconhecer em outros companheiros e companheiras presentes no evento, a motivação comum que nos uniu nessa circunstância: a luta por um SUS cada vez mais universal, equânime, gratuito e de qualidade.

Por fim, anseio que a 16ª CNS traga uma compreensão de responsabilidade coletiva, de pacto pela vida, e que possamos visualizar que nossas lutas não são de hoje, mas que decorrem de um processo histórico anunciado há muitos anos, e que nos compete, enquanto militantes do SUS, que sejamos persistentes nessa caminhada, que enfrentemos todos os desafios, e que, principalmente, nos inquietemos com toda e qualquer ameaça à soberania da nossa saúde pública, resistindo em defesa do patrimônio do povo brasileiro.

SOBRE O TRABALHO FORMADOR DA PESQUISA EM CAMPO: NARRATIVAS E DISCUSSÕES ACERCA DO IMPACTO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E CIDADÃ

A iniciativa do Conselho Nacional de Saúde em propor a realização de uma pesquisa científica em pela 16ª Conferência Nacional de Saúde, além de audaciosa, possibilitou que graduandos, pós-graduandos, gestores, usuários, trabalhadores, docentes e diversas outras categorias participassem de forma ativa da conferência, de forma a democratizar ainda mais o acesso da população a espaços institucionais.

Quando apresentada a proposta da pesquisa em campo, uma confluência de sentimentos e indagações ocorreram, sendo a principal delas a capacidade da equipe de pesquisa de dar conta dos mais de cinco mil participantes presentes na 16ª CNS. No dia 4 de agosto de 2019, ao adentrarmos enquanto pesquisadores do Conselho Nacional de Saúde, diversas foram as expressões visíveis por parte dos entrevistados. Talvez tenha sido nesse exato momento que a realidade veio à tona: o fato de que estávamos no grande momento do controle social, o fato de que éramos atores ativos no processo de construção e efetivação de nossas lutas por uma saúde de maior qualidade e, acima de tudo, que estávamos vivenciando o sonho de podermos representar tantos outros de nós que não estavam ali.

Desde o período de formação para a coleta de dados até o momento final de entrega das produções, várias foram as experiências pelas quais pudemos passar, desde conversar com pessoas de locais muito distantes dos nossos de origem até poder ouvir relatos, entre uma pergunta e outra, de pessoas de todos os lugares do Brasil acerca de suas histórias na construção do SUS, inclusive de pessoas que participaram de conferências anteriores à 8ª. Indubitavelmente, as vivências pelas quais passamos foram imensamente enriquecedoras. A pesquisa em campo possibilitou que, ao passo que questionávamos os entrevistados acerca de suas percepções sobre a efetividade dos conselhos e conferências de saúde, pudéssemos também nos questionar acerca de nossos percursos, de nossas compreensões e, para muito além disso, possibilitou que saíssemos da 16ª CNS não com o sentimento de dever cumprido, mas com a ciência de que temos um caminho muito longo a trilhar e que existem muitos desafios rotineiramente impostos às existências do SUS, mas que temos a força de coletivos, que precisamos nos apoiar um aos outros e nos fortalecermos enquanto comunidade para

que possamos combater todos os tipos de enfrentamentos e retaliações à saúde do povo brasileiro. Que estejamos unidos em nossa caminhada, afirmando o nosso compromisso enquanto pacto coletivo: a defesa à vida das populações, ao acesso à saúde e ao exercício pleno de seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por conseguinte, é notório afirmar que a 16ª Conferência Nacional de Saúde escreveu mais um capítulo na história do povo brasileiro, marcadamente pela sua relevância e conotação de luta por direitos, traduzidos aqui pela defesa à saúde enquanto instrumento de emancipação coletiva em um contexto de conturbações socioeconômicas, políticas e estruturais vivenciadas no Brasil. A partir disso, a 16ª CNS trouxe, com o advento da realização da pesquisa de campo, o anseio pela defesa e ampliação do acesso a uma saúde cada vez mais universal, equânime, gratuita e de qualidade, garantindo, subseqüentemente, a integridade da nossa recente democracia.

No exercício de nossas atividades, tornou-se cada vez mais perceptível a afirmativa apresentada por Paulo Freire ao expressar a existência de saberes diferentes, porém não inferiores ou superiores a outras formas existentes. Sendo assim, a experiência da pesquisa em campo ensejou um diálogo fundamentalmente pautado na troca, na escuta, na compreensão e na possibilidade de reconhecer no outro um pouco de nós. Anseio que os mais de cinco mil participantes tenham saído da 16ª Conferência Nacional de Saúde minimamente esperançosos, mas, para além disso, comprometidos com a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde – entendendo-o enquanto projeto de sociedade – e que lutemos não só pela manutenção de nossas conquistas, mas pelo direito de reivindicar outras que virão.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. **Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

_____. **A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA; M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, v. 109, p. 126-150, 2012. Disponível em: 10.1590/S0101-66282012000100008. Acesso em: 08 mar. 2022.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.



foto: acervo pessoal de Otávio Lago Netto

NARRATIVA SOBRE A 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Otávio Lago Netto²⁸

Para captar a intensidade de um momento como a 16ª Conferência Nacional de Saúde, é preciso criar olhos para ver o tempo e assim adquirir referenciais temporais, sociais, imagéticos e materiais que sirvam para afirmar semelhanças e deflagrar as diferenças. Esse processo, compreendo dentro da lógica dos tempos Lacanianos instante de ver, tempo de compreender e o tempo de concluir (ARAÚJO, 2016). O primeiro instante, o de ver, de vivenciar o momento enquanto sujeito do meu tempo, se encerrou entre os dias 04 a 07 em agosto de 2019. Neste ensaio pretendo constituir os tempos lacanianos subsequentes, o tempo de compreender e o tempo de sedimentar enquanto narrativa as minhas conclusões no agora. Para tanto, recorro a entrevista semiestruturada sobre participação popular em saúde realizada com Emerson Elia Merhy²⁹ no primeiro dia da 16ª CNS.

De antemão, o que marca a experiência é estar diante do painel do salão principal no dia anterior à abertura, com todas as cadeiras vazias e o pensamento de que eu estava em uma Conferência Nacional de Saúde que seria um marco histórico. Pensamento complexo, vivenciei o que posso chamar de transposições de lugares, todo instante vivido era observado por mim no futuro, uma relação confusa sobre inscrição narrativa na temporalidade. Sobre essa percepção procuro pensar com Lacan, que “ao buscar esclarecer o fenômeno do tempo a partir de cadeias narrativas, revela a necessidade de relativizar esse fenômeno em conformidade às narrativas a partir das quais este fenômeno pode se circunscrever.” (ARAÚJO, 2016). O

²⁹ Graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1973), mestre em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983) e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1990). Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Constitui como questões centrais para os estudos as relações intercessoras entre micropolítica, educação permanente, subjetivação e produção de conhecimento, e tem desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de avaliação compartilhadas, nos quais o melhor avaliador é quem pede, quem faz e quem usa. <http://lattes.cnpq.br/1302025007008899> Acesso em: janeiro de 2020.

²⁸ Brasileiro; Psicólogo; Reside em Brasília-DF.

que tento constituir nessas reflexões parte da ideia de que meu relato está imerso nas condições de possibilidades históricas. Como toda narrativa se relaciona com “é nessa medida que o tempo em Lacan [...] inclui a realização de três momentos: o momento do ver, o momento do compreender, e o momento do concluir.” (ARAÚJO, 2016). Sempre parti do pressuposto que a narrativa sobre os desdobramentos dos atos, os inscrevem enquanto marcos históricos. Contradição que persiste até o instante que procuro ancorar nos fatos políticos esse pensamento de estar vivenciando um marco sem saber como será sua constituição narrativa.

Identifico a própria remitência à 8ª CNS, com o slogan 8ª+8ª, realizada em março de 1986, que marca a criação do que hoje é o Sistema Único de Saúde. A 16ª CNS acontece no governo do Presidente Jair Bolsonaro liberal-conservador, com uma política referida como necrófila, precedida pelo golpe de estado sofrido pela presidenta Dilma Rousseff. Acontece no tempo quente de muitas questões relevantes. O escândalo recente do regresso de médicos cubanos ao seu país de origem devido à ruptura do Programa Mais Médicos, que visava interiorização para equidade da assistência no Brasil. Todos os argumentos registrados no lançamento no dia 05 de agosto do manifesto de seis ex-ministros da Saúde contra a política do Governo Bolsonaro. Os trinta anos do Sistema Único de Saúde- SUS, são recheados de fatos relevantes. Inclusive fatos recentes com os quais a 16ª Conferência dialoga.

Interagindo com o contexto nacional de instabilidade política, social e institucional, a conferência foi referida por Merhy como “evento de resistência [...], um ato heroico coletivo” (MERHY, 2019). O mesmo pensamento que permeou a equipe de pesquisadores sobre a Participação Popular em Saúde, reunidos pelo Conselho Nacional de Saúde na qual eu estava como pesquisador. Na primeira reunião da equipe, no sábado 03 de agosto, fomos

apresentados ao sentido da 16ª CNS pelos pesquisadores coordenadores. Então percebi a dimensão das vivências desencadeadas no momento. Em uma sala apertada, quente e desconfortável; mesmo assim persistimos e demos conta de não pular aspectos básicos do que é ser pesquisador, muito diferente de aplicador de questionários. Criando uma unidade e um processo de trabalho relativamente afinado, não na certeza de termos contemplado todas as dúvidas sobre o questionário, mas na tomada de responsabilidade da pesquisa como um todo.

A pesquisa foi dividida em duas etapas, a primeira quantitativa com um questionário estruturado, e a segunda qualitativa com roteiro para entrevistas semiestruturadas com gravação do áudio para posterior análise. Nessa segunda etapa entrevistei Emerson Merhy, figura ímpar no processo de democratização da saúde no país. Entrevista com o peso de quem participou de muitas CNS, incluindo as anteriores ao período democrático. Em seu olhar, a 8ª CNS representa a luta pela construção, já a 16ª CNS representa a luta contra destruição, entre este ponto e contraponto cabe a ideia que:

o SUS não é prestação de serviço, o SUS é uma política de defesa das vidas. Prestação de serviços é uma das estratégias para defender vida. O SUS tem o horizonte de uma democracia radical, não é uma democracia formal, é uma democracia para acontecer no cotidiano em que a vida do outro tem que valer a pena para mim nos serviços, nas relações um com o outro (MERHY, 2019).

Esta é uma busca presente em meu horizonte que começou na graduação de Psicologia, iniciada em 2013 na primeira turma de uma universidade pública no interior do estado da Bahia: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Curso novo que foi concebido em um contexto de forte

investimento em Políticas Públicas como modo de desenvolvimento nacional sustentável. Nesse sentido, tive uma formação consonante com as demandas sociais das quais a Psicologia, enquanto ciência e profissão, não podem se eximir. Em continuidade formativa, ingressei no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo, na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Este breve percurso constitui meu olhar para a vida nos processos societários, ocasionando uma posição subjetiva de desconforto, a partir do momento em que questiono: como estou envolvido na radicalização democrática?

Na entrevista compreendi que meu desconforto subjetivo está associado à modificação dos processos identitários na atualidade. Merhy identifica que hoje se vive um momento de mudanças importantes no território da política, que vem modificando muito a conformação dos coletivos. No período da ditadura militar brasileira, o entrevistado via os movimentos como identitários “as bandeiras de sobrevivência eram brutais nas grandes cidades, então se tinha movimento pela melhor habitabilidade do bairro [...], os movimentos da pobreza contra carestia, tinham os movimentos sindicais onde era muito claro o território identitário” (MERHY, 2019). As conformações dos movimentos hoje perpassam pelo simbólico, novamente Merhy usa o exemplo da Parada Gay em São Paulo onde se encontram jovens, velhos, gays, heterossexuais, famílias, ou seja, “constituem um ideário simbólico porque não é identitário obrigatoriamente, ele é simbólico de nos dizer: a diferença nos interessa” (MERHY, 2019).

A questão da identidade toma o foco quando ela entra em colapso. No Estado moderno, ser do bairro, da cidade e da nação; como nos exemplos citados acima, já não diz da identidade. Para Bauman (2005), a identidade é algo a ser inventado a partir de objetivo e esforço, não algo estanque a ser des-

coberto. Esforço em meio ao desconforto, já que o pressuposto do ordenamento simbólico é a necessidade de comunicação, de se construir ininterruptamente no mundo. Compreendo que sustentar o corpo como estandarte simbólico é o modo atual de fazermos movimentos sociais, porém percebe-se que o diálogo social em si e com as representações está desconexo.

Na conversa esteve sempre presente a tentativa de compreender a dinâmica do movimento social e suas bandeiras no Brasil. Pensar saúde coletiva é sempre o exercício de extrapolar o binômio causa e efeito, partindo para os modos de produção material e reprodução simbólica da vida. Para tanto, a saúde carece do diálogo com todas as áreas de saberes, sobretudo de sua popularização, que o corpo social seja partícipe de um modelo de saúde que nos interessa.

Enquanto sujeito que vivencio meu tempo, sinto o desinteresse que penso ser ocasionado por descrença e cansaço diante o futuro. Sinto que a sensação de vivenciar marcos históricos se dá mais pela ruptura com um projeto de país pós Constituição Cidadã (1988) do que pela perspectiva de transformação social no sentido de aprimoramento da democracia. Um dos pontos mais afirmativos ao longo da entrevista é quando Merhy avalia a participação e controle social na saúde como muito mal “não sou só eu, as pesquisas mostram” (MERHY, 2019). Parece retornar a mesma problemática que dita o tom de toda a entrevista ao justificar sua avaliação “a experiência dos conselhos, quando eles eram mais desregulamentados eram mais interessantes, porque vinham da vontade, vinham do desejo” (MERHY, 2019). Muita coisa foi perdida, mas o entrevistado não se fixa na busca do tempo perdido, nem no saudosismo. É uma figura com percurso histórico gigantesco, mas sempre procurando outro jeito de discutir a saúde além das barreiras da institucionalidade oficial identificado

como lugar de disputa de representação política e esvaziado de representatividade.

Preserva a essência da saúde coletiva, ao acreditar que “temos que conseguir encontrar outros motes da saúde, a saúde é ou não o lugar contra as práticas da violência, a saúde é ou não um lugar contra as exclusões? Precisamos ter claro!” (MERHY, 2019).

Toda a entrevista e a vivência da 16ª CNS foi formação em ato. Neste ensaio, está presente a busca por organizar os pontos e contrapontos da minha relação subjetiva enquanto sujeito histórico com o desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil me reportando à narrativa do ator social Emerson Merhy. A pesquisa ao lado do ensino e da extensão é necessária para formação crítica e propositiva. O diálogo é construtor, visto que afrouxa os nós permitindo a construção de modos de ser, compreender e fazer diferente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. M. O Tempo em Lacan. **Ágora** (Rio de Janeiro) v. XIX n. 1 jan./abr. 2016 103-114.

BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**. Tradução de Medeiros, C. A. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

MERHY, E. E. **Entrevista durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Entrevistado por Otávio Lago Netto. Brasília, 2019.



foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde 16^o CNS

VOZ(ES) NO SUS: EXPERIMENTAÇÕES DE UM PESQUISADOR NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Francisco Jadson Franco Moreira
Leidy Dayane Paiva de Abreu
Maria Lourdes Santos

Em 1986, quando o país emergia das cinzas e começava a reconstruir sua cidadania, nós, brasileiros, precisávamos avançar em todos as direções. O momento nos exigia muito e cada um precisava ser parte ativa desse processo, colocando cada peça do novo alicerce em seu devido lugar, como Saúde, Educação, Direitos Humanos, Cultura e Arte, dentre outras. Contudo, tais peças precisavam ser alinhadas às necessidades mais urgentes do povo brasileiro.

O Brasil tinha atravessado um longo período de regime militar, finalizado em 1985, e tentava fazer a abertura política para a redemocratização do país. Nesse momento, o movimento sanitário assumiu posições planejadas nas instituições responsáveis pelas políticas públicas. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde traça um novo percurso com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em dezembro de 1990, a Lei Nº 8.142 institui as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. Assim, os Conselhos de Saúde já nascem com caráter deliberativo, tendo como objetivos analisar, deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde do país.

Atualmente, os desafios para a defesa da saúde como direito tomaram amplas proporções e poderíamos citar vários acontecimentos para o atual e difícil cenário: a Emenda Constitucional 95, a aprovação da PEC 241 e da PEC 55 — ameaçando a vida e a saúde de milhões de brasileiras e brasileiros por duas décadas —, retrocessos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na política de saúde mental, no repasse de recursos para os municípios, na baixa cobertura vacinal, na mortalidade infantil, na epidemia de sarampo, na ameaça da poliomielite, no crescimento de casos de malária, entre outros.

Cabe-nos reflexões sobre a importância da liberdade, da justiça social, dos direitos conquistados e da

cidadania decorrente das condições de existência de pessoas e coletividades. É preciso ter liberdade para fazer escolhas e cumprir a lei.

Esta produção se propõe a relatar a experiência de participação, enquanto pesquisador, na primeira pesquisa em ato “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”. Esta pesquisa teve como objetivo mapear o perfil dos conferencistas, fortalecer o controle social na saúde e qualificar dados de todo o amplo processo participativo, reafirmando o espaço de direito na construção coletiva de um Sistema Único de Saúde.

AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E AS CONQUISTAS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Em diversos momentos, o povo havia sinalizado sobre as necessidades de políticas públicas de saúde, de modo a atender às inúmeras dificuldades que vinha enfrentando. No entanto, é do conhecimento de todos que, para se conquistar algum direito, muitos esforços são envidados. Assim, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são frutos de muitas lutas e foram constituídas em contextos políticos e sociais distintos, no intuito de cobrar dos governos responsabilidade pelas ações de saúde, tendo o Estado e os movimentos sociais como principais instrumentos para a construção dessas políticas para todo país. Assim, as conferências surgem com a função de atuar como mecanismo de controle das instâncias estaduais. Desse modo, elas foram acontecendo ao longo das décadas. Cada uma procurou dar ênfase às necessidades de ações, programas, projetos, pesquisas e políticas públicas que proporcionassem qualidade de vida e dignidade aos beneficiários, conforme se pode verificar nas propostas discutidas em todas elas.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, com a discussão de “temáticas diversas”; a 2ª Conferência aconteceu em 1950 e discutiu sobre “Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”; a 3ª Conferência foi realizada em 1963 e trouxe uma ampla discussão sobre “os males que afligiam a população advindos da ausência de um programa sanitário a ser executado por todas as esferas de poder”, objetivando atingir toda nação; em 1967 realizou-se a 4ª Conferência, a qual discorreu sobre “Recursos humanos para as atividades de saúde”, na época já inadiáveis; em 1975, a atenção da 5ª Conferência se voltou para a “constituição do Sistema Nacional de Saúde, sua integração, no sentido de facilitar e estimular a tomada de decisões e iniciativas”; em 1977 aconteceu a 6ª Reunião, com o debate voltado para o “fortalecimento e aprimoramento do Sistema Nacional de Saúde”, a partir da troca de experiências, conhecimentos e saberes de seus partícipes; em 1980 ocorreu a 7ª Conferência, sendo que dessa vez a pauta voltou-se para a “extensão das ações de saúde através de serviços básicos”.

Mas foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março, que durante “cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte” (BRASIL, 2019), o que ocorreria no ano seguinte. Aqueles cidadãos, denominados delegados, escolhidos em seus territórios, tentavam defender a garantia de direitos, sobretudo das camadas mais necessitadas e usuárias, tornando aquele evento em alerta, por meio do lema “Democracia e Saúde”. Ali inaugurava-se um novo modelo de ouvir o povo, por meio de seus representantes. O evento tornou-se um marco na história da saúde do país por oferecer as bases que edificou o capítulo sobre saúde na Constitui-

ção Federal de 1988, considerada a Constituição Cidadã. Além de proporcionar a criação e edificação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado por um amplo debate dos principais pontos, entre os quais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. Essa foi a tônica daquele encontro, a qual perdura até os dias atuais, embora tenham ocorrido outras conferências nos anos de 1992, 1996, 2000, 2003, 2007 e 2011.

Cabe ressaltar que, em que pese o atual contexto político, o papel do controle social é de suma relevância e deve ser reafirmado cotidianamente, no sentido de manter-se firme e atuante na luta por uma saúde pública de qualidade e para todos, buscando a existência/permanência dos conselhos como instâncias de exercício do controle social, no respeito às diferentes classes e culturas, no constante esforço por mais políticas públicas e, principalmente, na luta pela conscientização dos cidadãos acerca de seus direitos, sobretudo daquelas parcelas da população que se encontram afastadas dos espaços de diálogo entre governo e sociedade, como as populações indígenas e tantas outras.

Contudo, é importante frisar também que os Conselhos de Saúde precisam ser cada vez mais fortes no que concerne ao exercício do controle social, como fiscalizadores de políticas públicas de saúde, um dos princípios que norteiam o SUS. O controle social, por sua vez, pode ser compreendido como “a articulação, a mobilização e a interferência da sociedade civil sobre o planejamento, a implementação, a avaliação e o controle das ações do Estado”. (JÚNIOR; MESSIAS; SAMPAIO, 2006).

De maneira similar, os Conselhos, como instâncias colegiadas de controle social, devem crescer de modo significativo, alcançando o território nacional e proporcionando a consolidação do Estado De-

mocrático de Direito. Assim, faz-se necessária uma participação popular ativa, com o envolvimento do cidadão, no sentido de alcançar maior equidade e justiça social, além do fortalecimento da democracia. Essa deve ser a tônica dos Conselhos que, por meio da fiscalização, devem primar pelo fortalecimento das políticas públicas de saúde, objetivando o zelo e o acesso para todos os usuários do SUS.

São muitas as histórias, personagens e perspectivas da luta pela saúde no Brasil para a criação do SUS e, depois, nas batalhas pela sua efetivação. Por mais que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, a Assembleia Nacional Constituinte de 1987, a Constituição Federal de 1988 e a própria criação do SUS sejam marcos célebres das lutas pela saúde, essa história é muito mais diversa e, em alguma medida, ainda está sendo escrita e contada.

VOZ(ES) DO SUS: A POTÊNCIA DO ENCONTRO

Outra vez o país se reuniu em torno da mesma temática para discutir pautas semelhantes na 16ª Conferência Nacional de Saúde, entre 4 e 7 de agosto de 2019, com mais de cinco mil participantes. Dentre esses usuários, gestores, profissionais, ativistas, convidados, pesquisadores e outros. Ressalte-se que, dessa vez, o eco mais forte produzido no encontro foi a exigência da garantia dos direitos adquiridos na Constituição Federal de 1988, conforme os artigos 196 e 200 que criaram o Sistema Único de Saúde, definindo, assim, a participação da comunidade como uma de suas diretrizes. Com a referida Carta Magna, o controle social passou a ser um dos requisitos fundamentais para a implantação e a consolidação do SUS. E, ao dar ênfase à defesa da participação social buscou viabilizar “o projeto civilizatório proposto por Sérgio Arouca, em 1986” (RADIS, 2019). Foi a partir desse período que a participação social passou a ser considerada como das mais importantes

conquistas para a construção de uma sociedade democrática, solidária e fraterna e de um Sistema de Saúde justo, com poder para interferir na gestão e produção de Políticas de Saúde.

Vindos dos mais longínquos territórios desse imenso país, os participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde aos poucos foram chegando, motivados pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, organizados em ações de resolutividade, humanização, racionalização de recursos, hierarquização, regionalização, descentralização, corresponsabilização das esferas governamentais. Garantidos constitucionalmente, por meio da iniciativa popular, ocuparam seus espaços e fizeram valer suas propostas no processo de formulação e controle das políticas de saúde. (SANTOS; BASTOS, 2010).

A participação na pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, possibilitou caminhar por muitas trilhas na construção de redes, de pontes de saberes, correlacionando o campo da teoria sobre participação social com a vivência da potente singular coletividade nos diálogos construídos.

Quando nos referimos ao termo “caminhar”, suscitamos a reflexão sobre lugar, espaço, caminho, estrada e território, o lugar de onde se fala, a experiência vivenciada.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspen-

der o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002).

Nesse contexto, foi uma experiência única dialogar com os atores dos muitos territórios do Brasil, com suas representações carregadas de sentidos e significados, valorizando a produção em ato, considerando os saberes de experiências capazes de fazerem fluir os afetos de todos os implicados nos processos. O encontro com as muitas vozes ecoou em mim uma voz de esperança materializada da seguinte forma: E O SUS: QUEM CRIOU, QUEM CONSOLIDOU?

Por hoje fico com as narrativas de quem me contou.

Em épocas tão cinzentas e incertas do porvir,

Tenho buscado na arte um pouco de cor para sorrir

Arte para sorrir, para colorir, pra equilibrar emoção

Ou como disse Nietzsche: Arte pra nutrir pulsão!

E por que dessa prosa sem nenhuma grande pretensão?

Ah, essas rimas são pra narrar um pouco do que nos últimos dias encheu meu coração.

Cheio de revolta, resistência e dor!

Cheio de alegria, encantamento e amor!
Numa dessas vivências que pra vida vou

levar

Levo uma pesquisa, daquelas que só no
lates não dá pra ficar

Um mix de sentimentos, produção e euforia,

Potente é a pesquisa Saúde e Democracia.

E o que tem essa pesquisa, para além do
ato pesquisar?

Essa pesquisa tem vida, tem vidas, tem
olhar,

Tem gente, tem leveza, tem alma,

Que até em meio a tantas metas, tem
calma.

Seria então uma pesquisa de saber popular?

Com toda a dureza da academia, como
podemos com leveza contar

Saúde Pública, Direito, Cidadão

Coletividade, Pertencimento, Construção

Aprendi que essas são metodologias não
só ativas

Mas estratégias, solução!

Um encontro de redes, pontes e saberes

Um coletivo daqueles!!!

Gente de toda parte e de todo lugar

Gente plural, coletiva e singular

Gente de toda cor, mas com um forte verde
do esperarçar.

Gente, nós! Que aqui tá fazendo história,
produzindo ciência.

De todas as regiões, mas de um Brasil
resistência.

Gente nós, que a vida permitiu encontrar

Não estivemos na 8ª, mas chegamos na
16ª para o SUS consolidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação do pesquisador no espaço representou um momento de significação e aprendizado de salutar importância em sua vida. Perpassando a compreensão do que é e como se dá o SUS na prática, foi possível vivenciar minimamente suas dificuldades e desafios, apontando para a necessidade de se despertar, cada vez mais, o senso de cidadania na comunidade.

Mais do que isso, é fundamental estimular iniciativas que transcendam os muros do conhecimento teórico, com valorização da práxis, com o compartilhamento de experiências cidadãs, dando significado e poder crítico de todo um coletivo que ainda se mantém estritamente teóricas e, por mais avançadas que sejam no discurso, ainda distantes dos anseios populares.

Faz-se necessário, portanto, que o processo de democratização do estado se aprofunde, garantindo maior e melhor participação da sociedade brasileira na construção das políticas públicas e na consolidação dos direitos sociais historicamente adquiridos, porém ainda muito longe de serem compreendidos e praticados.

Portanto, a conferência é um dos mais importantes espaços de diálogo entre governo e sociedade para a construção das políticas públicas. É através desse processo que a população pode contribuir ativamente para o desenvolvimento de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BONDÍA, L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Brasília, 2019. Recuperado em: 04 jan, 2020, <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União. Recuperado em 05 jan., 2020. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. Rio de Janeiro, 2020. Recuperado em 04 jan., 2020 de: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>.

JÚNIOR, J. P. B.; MESSIAS, K. L. M.; SAMPAIO, J. J. C. Exercício do Controle Social em município de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, jul./set. 2006

PERES, A. P. Nosso lado é o SUS. In: **RADIS**, n. 204, set. p. 10-21 2019

SANTOS, C. C. S.; BASTOS, R. L. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. In: **RBPS**, Fortaleza, 24(3): 266-273, jul./set. 2011



pesquisa

SEUS
NÃO

ASSOCIAÇÃO
DOS USUÁRIOS
DE SAÚDE
MENTAL DE

peso

sa

Acervo pessoal de Danylo Santos Silva Vileça

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE ALÉM DE DEMOCRÁTICA DEVE SER DIVERSA

Danylo Santos Silva Vilaça³⁰

INTRODUÇÃO

A participação social em saúde implica em diversidade é uma afirmativa observada no decorrer da participação como monitor de pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS) que buscarei defender no decorrer do texto.

Dentre os diversos temas que poderia abordar para atender a este ensaio acadêmico, a saber: a questão política envolvida na relação com a garantia de direitos à saúde, a narrativa das limitações de gênero e suas compreensões por parte dos delegados participantes e entre outros, optei por abordar a diversidade, por entendê-la como alicerce para todas as outras temáticas. Ciente da relação existente entre participação social em saúde e democracia representativa, é lícito afirmar que as contribuições da sociedade civil para a democracia não têm a ver com o fato de representação de semelhantes, mas sim de seu papel como espaço para a expressão de diversidade (ABERS; KECK, 2008).

Figura 1. Associação entre fatores – diversidade e democracia – que potencializam e conformam a participação social em saúde.



Fonte: elaboração própria do autor.

30 Bacharel em Saúde Coletiva, Residente em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde e Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde

Será seguida essa a linha de raciocínio, pactuada ao fato de que assim como não há como desvincular a democracia da participação social, o mesmo ocorre para a diversidade, conforme proponho visualização por meio da Figura 1.

Ainda que a diversidade seja entendida como uma necessidade para consolidação da participação social, há quem defenda a sua característica como meio de força e vocalização de demandas para o aparato estatal (SILVA, 2009). Esta é uma conceitualização amplamente aceita, com breves considerações, para aqueles que se dedicam ao fenômeno da participação da sociedade nas ações do Estado.

O maior fator para associar a diversidade com a participação social em saúde foi evidenciar essa característica na prática, no momento de realização da 16ª CNS. Em outras palavras, observou-se que este é um atributo intrínseco às conferências de saúde que também tendem a ser impressas nos mecanismos de participação social permanentes – refiro-me aos Conselhos de Saúde.

Diferentemente do observado em outros eventos que reúnem militantes, pesquisadores e representantes do Estado, as Conferências de Saúde expressam uma pluralidade sociocultural da qual não se encontra em nenhum outro lugar, ainda que se tenha como fator comum a busca pela garantia de direitos em saúde.

O objetivo desse ensaio será defender que a diversidade, associada à democracia, proporciona a gênese da participação social em saúde. Para tanto, utilizar-se-á da experiência vivida na pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no período de 4 a 7 de agosto de 2019.

DESCRIÇÃO DOS DADOS E FATOS

A 16ª CNS (2019) recebeu denominação de Democracia e Saúde, em alusão à 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na tentativa de resgatar o sentimento da mais simbólica das conferências, onde até então buscavam-se os direitos à saúde hoje vigentes. Seguindo a argumentação exposta até o momento, acredita-se que uma nova denominação a esta décima sexta edição da etapa nacional poderia muito bem receber a alcunha de Democracia, Diversidade e Saúde, tal como demonstram os resultados do perfil de delegados desta edição.

No que tange ao perfil de delegados e, fazendo-se uso dos dados públicos constantes na versão preliminar do Relatório da 16ª CNS, observou-se que foram credenciados 2.713 delegados, deste total 1.380 (50,8%) corresponderam aos usuários, 718 (26,4%) aos trabalhadores da saúde e 615 (22,6%) aos gestores e prestadores de serviços (BRASIL, 2019). Este quantitativo corresponde ao preenchimento de 91,7% das vagas, uma vez que conforme o regimento da Conferência, previa-se o credenciamento de 2.956 delegados. Conforme menciona o relatório, além de delegados e delegadas também se credenciaram participantes livres, relatores, pesquisadores e acompanhantes, e representantes da imprensa, totalizando um público de 4.408 pessoas na 16ª CNS.

No que se refere à diversidade, os dados coletados evidenciaram que no quesito raça/cor, houve certo equilíbrio de participação entre brancos (37,7%) e pardos (38,8%), enquanto negros (19,8%), amarelos (1,2%) e indígenas (2,5%) representaram um quantitativo inferior ao que se observa na demografia brasileira, com predomínio de cidadãos declaradamente pardos e negros (BRASIL, 2019). Essa representatividade da 16ª CNS torna lícito afirmar que as Conferências de Saúde têm sido o maior encontro da política de saúde do Brasil, não somente pelo volume de indivíduos/cidadãos

participantes, mas por sua diversidade. Entretanto, verificou-se necessidade de se oportunizar maior espaço à população negra nos diferentes cenários em que se efetiva a participação social em saúde, considerando a justificativa de vocalização de suas demandas, e a busca pela garantia do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao mensurar dados sobre as variáveis idade, renda e escolaridade, ficou evidenciado que a média de idade foi de 44 anos, com renda aproximada entre R\$ 3.000 reais – equivalente a pouco mais de 3 salários-mínimos. Indivíduos com ensino superior completo (22,5%) tiveram maior expressividade dentre os outros níveis de formação, seguidos daqueles com especialização completa (20%) e ensino médio completo (18,5%) (BRASIL, 2019).

As indagações que se fazem instintivamente ao buscarmos interpretação para esses dados são: “até que ponto o perfil de participantes das Conferências e de Conselhos de Saúde tem representado a diversidade de nosso país?” e “Conferências e Conselhos de Saúde estão sendo espaços que potencializam a diversidade, para além da democracia?”. Esse é o mote desse ensaio, questionar a diversidade nos espaços de participação social em saúde, pois acredita-se que esteja bem estabelecido o potencial democrático das Conferências e Conselhos, entretanto, são insipientes as iniciativas que objetivam pluralizar essas instâncias como arena para aprimoramentos da política de saúde. Há insuficiência de diversidade na participação social, sobretudo a nível nacional.

Defendo que a participação social associa democracia e diversidade e desse modo oportunizam liberdade aos sujeitos. Os sujeitos podem ser entendidos como afirmação da diversidade e da liberdade de criação (FLEURY; LOBATO, 2009), no âmbito da participação social, a liberdade para vocalizar e, também, representar os semelhantes.

Ainda que se tenha observado que os dados coletados pela pesquisa demandada pelo Conselho Nacional de Saúde evidenciaram que possivelmente a 16ª CNS não tenha sido tão diversa quanto esperado, aplicar os questionários me oportunizou identificar diversas características de pluralidade. Recordo-me de ter aplicado questionário a pessoas de perfis muito diversos. A pessoa de maior renda que abordei afirmou possuir renda familiar de R\$ 18.000, enquanto a pessoa de menor renda afirmou receber R\$ 300. Ambas eram mulheres, a primeira era médica e branca, e a segunda, agricultora e negra. No decorrer das aplicações, notei que o discurso de esperança estava mais presente na segunda participante do que na primeira. Na Figura 2, reúno alguns dos registros que fiz de colegas coletando informações e outros do qual integro, como por exemplo, a fotografia de todos os monitores de pesquisa.

Figura 2. Aplicação de Formulário de Pesquisa aos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 2019.



Fonte: registros do autor.

Tratando-se de diversidade, um dos marcos na trajetória de grande parte dos pesquisadores referiu-se às incompreensões sobre orientação sexual e identidade de gênero por parte dos participantes de pesquisa. Era comum que delegados e demais participantes demonstrassem não saber o que responder quando questionados sobre orientação sexual e identidade de gênero. Muitos afirmavam: “eu sou mulher, mulher normal”, ou então em uma postura questionadora ou de autoafirmação da heteronormatividade, diziam “sou homem de verdade, macho mesmo” ou ainda “eu sou mulher, gosto de homem” ou o inverso. Essa experiência me fez vivenciar na prática que esse ainda é um tema tabu em nossa sociedade, pois ainda que estivéssemos na presença de muitas pessoas de orientações sexuais distintas, de identidades de gêneros também distintas, evidenciou-se um grande desconhecimento do assunto. O mais marcante foi notar que essa era uma realidade predominante entre os usuários, mas sobretudo aos trabalhadores da saúde. Fez-me refletir até que ponto esse desconhecimento pode impactar nas políticas de equidade do SUS voltadas para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queer e intersexo (LGBTQI+) e entre outras. Ainda há escassez de informações epidemiológicas que demonstrem o impacto das relações entre LGBTQI+ e condições de saúde, mas os saberes das ciências sociais são suficientes para sustentar a necessidade de políticas de saúde específicas para esse grupo populacional (FERRAZ; KRAICZYK, 2010) que abarque a formação profissional e assistência em saúde.

CONSIDERAÇÕES

A realização de pesquisa institucionalizada pelo Conselho Nacional de Saúde objetivando identificar o perfil dos participantes, e com isso intervir afirmativamente na concepção de novas Confe-

rências de Saúde, deve tornar-se práxis em edições futuras das etapas nacional, estaduais e municipais. É preciso construir séries históricas desse perfil, tanto das Conferências e quanto dos Conselhos de Saúde no intuito de possibilitar maior diversidade aos espaços que, para além de paritários e democráticos, devem expressar o perfil de nossa sociedade, pois acredito que assim conseguiremos tornar ainda mais efetivas as demandas da população e aproveitar ao máximo a realização desses que são os maiores encontros do setor saúde em nosso país.

Soma-se a isso a possibilidade de problematizarmos e evidenciarmos cientificamente qual a conformação das Conferências e dos Conselhos, possibilitando intervenções sensíveis ao tema, integradas aos novos regimentos e mais próximos da academia. Acredito que a consolidação da participação social em saúde ocorrerá pela junção da democracia com a diversidade e não favorecendo uma em detrimento da outra, ainda que se tenha na diversidade uma faceta da democracia e vice-versa.

Ter sido pesquisador da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019), após ter sido delegado na 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015) e membro titular do Conselho de Saúde do Distrito Federal (2018), membro da Mesa Diretora, me fez-me enxergar um novo rumo à consolidação da participação social. E esse novo rumo, para além da democracia, é o da diversidade.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R. N.; KECK, M. E. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. 99-113, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8)**. 1ª edição – 2019. 193p.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FLEURY, S.; LOBATO, L. D. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

SILVA, E. R. A. D. **Participação social e as conferências nacionais de políticas públicas: reflexões sobre os avanços e desafios no período de 2003-2006**. Rio de Janeiro: ERAD, 2009.

Saúde é todo mundo
se ajudando a vir
fazer



foto: Eduardo de Oliveira - Fadis Comunicação e Saúde 16^o CNS

A IMPORTÂNCIA E O APRENDIZADO DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SOB A ÓTICA DE UM PESQUISADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitor Frazão Neri³¹

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A participação social, característica presente na saúde pública brasileira, é uma particularidade importante do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS se deu através de muita luta política e de uma forte presença de mobilização popular. Conhecido como Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, esse período, iniciado por volta da metade dos anos 70, envolveu diversos atores sociais (usuários, profissionais e gestores de saúde, academia, parlamentares e movimentos sociais) que, juntos, advogaram por um sistema público e universal que tornasse a saúde um direito de todos (VALLA; STOTZ, 1994).

É importante relembrar o momento que, para muitos, foi o ápice dessa mobilização popular, a famosa e importantíssima 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 e que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas que tinham o objetivo de contribuir na formulação de um novo sistema de saúde. Os temas centrais da conferência foram: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial” (CONASS, 2009).

Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e fruto de toda aquela mobilização social, foi na Constituição Federal de 1988 que o SUS foi criado, tornando a saúde um direito social de todos, sendo dever do Estado provê-la. A nova Constituição Federal também trouxe os princípios e diretrizes norteadores do SUS, que deve ser regido pela universalidade, equidade, integralidade do cuidado e pela participação da comunidade, trazendo a democracia para os serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Este último princípio citado, a participação da comunidade, que é o tema central desse relato, está

31 Universidade de Brasília

presente na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) que o coloca como princípio do SUS e, também está na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) que regulamenta a prática. Tal princípio deve ser tratado como instrumento para a gestão pública da saúde, sendo fundamental a participação conjunta entre representantes da sociedade e representantes do governo na elaboração de políticas públicas e na tomada de decisões no âmbito do sistema de saúde.

Um ponto importante da Lei nº 8142/1990 é a instituição das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, presentes em todas as esferas de governo (municipal, estadual e nacional), e que são ambientes excepcionais para a participação e o controle social, com vistas a ouvir e atender as reais necessidades das comunidades e dos serviços de saúde. Vale destacar que no Brasil as conferências já existiam desde muito antes dessa regulamentação de 1990. A 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941 e teve entre seus temas principais a organização sanitária dos estados e dos municípios, e a sistematização de campanhas para o combate de doenças infecciosas. Até o momento, já foram realizadas 16 Conferências Nacionais de Saúde.

PRIMEIRA PESQUISA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A última conferência realizada até a redação deste relato, a 16ª, ocorrida em Brasília, de 4 a 7 de agosto de 2019, foi carinhosamente chamada de 8ª+8 para fazer alusão à 8ª conferência, objetivando fazer um resgate a memória do primeiro evento em âmbito nacional de participação social na saúde, e que ficou marcado por ser aberto à sociedade. A 16ª CNS foi também a primeira a ter uma pesquisa sobre a participação social na saúde feita pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, em parceria com universidades públicas.

A pesquisa, intitulada Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde, teve como objetivo mapear o perfil dos conferencistas presentes no evento e fortalecer o controle social na saúde a partir dos dados, foi realizada durante todos os dias da conferência e executada por estudantes de graduação e pós-graduação (especialização, residências, mestrado e doutorado) de diversas universidades do país, de diferentes cursos da saúde. O relato em questão é narrado sob o ponto de vista de um dos estudantes envolvidos na pesquisa, nutricionista e atualmente residente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

O PRIVILÉGIO E A EXPECTATIVA DE PARTICIPAR DA 16ª CNS

Para um profissional de saúde pública, poder colaborar com o maior evento de participação social do país, é um prêmio. A 16ª Conferência Nacional de Saúde, que reuniu pessoas de todo Brasil, chegou em um momento bem oportuno. O tema central foi “democracia e saúde”, e os eixos temáticos foram “saúde como direito”, “consolidação dos princípios do SUS” e “financiamento do SUS” necessitavam e ainda necessitam de um amplo e democrático debate, tal como em outras conferências históricas já realizadas. Poder contribuir como pesquisador e apoiador com comissão de relatoria de um evento com esse perfil, fundamental no engendramento do SUS e prestes a completar 80 anos de história, é motivo de honra e orgulho, e sem dúvida ficou marcado como uma das maiores experiências profissionais e pessoais.

Atualmente, o SUS vem enfrentando diversos problemas. Financiamento, gestão, recursos humanos, corrupção e pouca transparência são elementos que precisam estar sendo sempre discutidos para um melhor funcionamento do nosso sistema de saúde. Sistema de saúde esse que é modelo para diversos países e que, com seus princípios

e diretrizes, busca uma assistência universal, humanizada e resolutiva para todas as pessoas, algo que vem sendo ameaçado e não pode ser perdido. Com isso, se fazem ainda mais necessários espaços para o amplo debate entre todos os atores envolvidos no SUS, e a 16ª Conferência Nacional de Saúde, com toda sua participação social e democracia, foi um espaço excepcional para isso.

Considero a participação e o controle social como itens fundamentais no âmbito da saúde, e os livros e os artigos históricos ajudam a corroborar com esse pensamento. Ao mesmo tempo, percebo que parte dos profissionais de saúde ainda subestimam demais o potencial e importância dessas diretrizes do SUS. Recentemente participei de um projeto de intervenção que trabalhou a territorialização no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). O trabalho teve envolvimento de líderes comunitários, equipamentos sociais, Unidade Básica de Saúde e um incipiente conselho local de saúde. Ficou evidente a potência de envolver e articular esses atores para um melhor processo de trabalho no âmbito do SUS, mas boa parte dos profissionais de saúde apresentam uma enorme dificuldade de dar a devida importância e de participar de ações nesse sentido.

Ainda no contexto da APS, trabalho com grupos operativos, de tratamento, prevenção e promoção à saúde. Lido diariamente com usuários do SUS e conheço as mazelas de um território vulnerável, em sofrimento com doenças crônicas, em situação de violência, pobreza, insegurança alimentar e doenças de saúde mental. Sei as dificuldades enfrentadas por um trabalhador do SUS, que muitas vezes se vê impotente diante de tantas iniquidades de uma população carente e que na maioria das vezes não tem voz. Por isso, com todo esse contexto social, enxergo na democracia, na participação e no controle social são ferramentas sine qua non se quisermos melhorar o nosso SUS e encontrar saídas para esse problema.

A EXPERIÊNCIA E O APRENDIZADO

Fazer parte do maior evento de participação social do país, a Conferência Nacional de Saúde, na condição de pesquisador me permitiu o prazer e a honra de entrevistar e conhecer muitas pessoas que militam a favor do nosso querido SUS. Em contatos pessoais, entrevistei cerca de cinquenta pessoas de todo o país, de norte a sul, gente bonita de história, bonita de alma, pessoas que compartilham do mesmo sonho, da mesma utopia, do mesmo sentimento de revolta perante as desigualdades sociais, e assim me senti em casa. E quando faço esse elogio não me refiro somente às pessoas as quais entrevistei, me refiro também a aquelas que fizeram parte da equipe de pesquisa. Essa equipe que rapidamente criou uma cara, um vínculo, uma liga: fiquei surpreendentemente feliz com meus pares, pessoas jovens, inteligentes, comprometidas e sonhadoras, que me fizeram sair da 16ª CNS mais esperançado quanto ao futuro do SUS.

Apesar de estar na maior parte do tempo ocupado com as entrevistas, estive sempre atento às mesas, debates e discussões, e há de se destacar o clima de animosidade presente no evento, muito justificado pelo momento e polarização política atual. Como pesquisador, sofri em alguns momentos com isso, muitas pessoas se recusavam a responder a pesquisa por acharem que havia algum interesse do governo, alguns perguntavam quanto eu estava ganhando para fazer aquilo, muita gente com a guarda alta e receosa com tudo, sendo que em alguns momentos foi necessário muita paciência e resiliência para conseguir abordar e convencer novos entrevistados. Confesso que nunca tomei tantos “não” na minha vida; essa parte foi, sem dúvida, a pior. O clima de Brasília também não contribuiu, a umidade estava muito baixa e no terceiro dia de CNS amanheci sem voz, com o corpo dolorido e a garganta inflamada, foram dias bem intensos e trabalhosos, mas inesquecíveis.

Tirando essa parte mais prosaica do evento, a CNS foi poética. Estamos vivendo em um momento de muitas incertezas, não sabemos o futuro do SUS, das nossas políticas públicas de saúde e dos nossos direitos sociais. Muitos ataques já foram feitos e outros estão por vir, sobretudo no que diz respeito ao financiamento do nosso sistema de saúde, sistema que desde sempre foi subfinanciado, e com a atual ideologia do governo, de políticas de austeridade financeira, vem tornando e ameaçando ainda mais a vida dos mais pobres, dos que mais sofrem, aumentando em demasia um quesito no qual somos campeões: a desigualdade social. E vale ressaltar que o SUS é, historicamente, a maior resposta já dada pela sociedade diante de tamanha desigualdade

Toda essa conjuntura atual corroborou para tornar a 16ª CNS ainda mais importante, era facilmente perceptível o sentimento das pessoas de dúvida sobre o futuro. Uma das perguntas do questionário da pesquisa era sobre o que a pessoa sentia naquele momento, e várias respondiam que estavam esperançosas, mas era visível o olhar de incerteza em relação ao amanhã. Talvez, como dizia Paulo Freire, o sentimento de esperança relatado por essas pessoas esteja atrelado ao velho e imortal sentimento utópico que nos leva a crer em dias melhores, misturado com a revolta diante das iniquidades sociais que nos assolam e que nos fazem ter forças para lutar e resistir por melhores condições de vida, para nós e para os nossos semelhantes.

Não posso deixar de relatar o momento que, entre tantos, foi para mim o mais emocionante. Como já comentei, entre uma entrevista e outra consegui aproveitar um pouco das mesas e debates, e uma fala que não poderia deixar de ouvir — e acredito que muito dos meus colegas de pesquisa também —, foi o discurso carregado de técnica, história, emoção e lucidez do grande professor Emerson Elias Merhy. O professor deu uma aula sobre a

luta social na década de 80 e relembrou a 8ª CNS de 1986, discorreu também sobre o período da ditadura militar, período muito duro e que trouxe um grande sentimento de luta constante contra as desigualdades sociais, deu ênfase para a importância da democracia e a sua relação intrínseca com a saúde, sendo esses, direitos sociais e fundamentais de todos. “Toda vida é importante, toda vida é um patrimônio e deve ser valorizada”: essa frase, também presente no discurso do professor, acredito que emocionou não só a mim, mas a várias outras pessoas presentes naquele momento, renovando e oxigenando ainda mais o espírito de luta de todos.

Bem, para concluir, a 16ª CNS fez muito bem a mim e a todos os presentes, seja na condição de pesquisador, delegado ou convidado. Uma experiência ímpar poder contribuir com o controle e participação social do SUS ao lado de tanta gente guerreira, batalhadora e militante de direitos sociais. A luta é grande, contínua, e somente com o engajamento e a participação social — que nós, como profissionais de saúde temos o papel de difundir-la — continuaremos conquistando e mantendo os nossos direitos. E que venha a 17ª Conferência Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts. 196-200. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set., 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do

Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez., 1990b. Seção 1, p. 25694

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 142.



foto: acervo pessoal de Pedro Henrique Santos Vitoriano

A OPORTUNIDADE DE PARTICIPAÇÃO NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Pedro Henrique Santos Vitoriano³²

Em 1988, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) trouxe pela primeira vez a discussão sobre a participação social na saúde, considerada histórica por ter sido um marco na democracia e principalmente para o SUS. Em 2019, a 16ª CNS faz jus ao passado resgatando a mesma temática: Saúde e Democracia. Cerca de 5.500 pessoas de todas as federações participaram da etapa nacional que aconteceu entre 4 e 7 de agosto no pavilhão do Parque da Cidade em Brasília – DF.

Sou odontólogo, gay, pernambucano e militante, faço parte de um grupo de 16 residentes em saúde da família com ênfase na saúde das populações do campo da FIOCRUZ – Brasília. Esse programa tem uma abordagem diferenciada, onde somos direcionados ao lado mais humano das pessoas e com empatia enxergar além do processo saúde-doença. Nesse sentido, fomos incentivados a participar de um processo seletivo para pesquisadores da 16ª CNS, no que seria um momento marcante para nossa carreira enquanto profissionais da saúde. A seleção era uma chamada pública aberta aos graduandos e pós-graduandos, era necessário escrever uma carta de intenção explicitando por que eu deveria ser um dos escolhidos. E entre centenas de inscritos, fui selecionado.

Antes de começarmos as atividades, passei por um treinamento coletivo com toda a equipe de pesquisadores no dia 03 de agosto de 2019. Havia uma pesquisa quantitativa e outra qualitativa, a meta era entrevistar no mínimo 3.000 pessoas participantes da conferência, a fim de sistematizar os dados referente a participação social da população no evento, mas quanto maior o número, mais preciso o resultado. O questionário obtinha 34 perguntas com temática entorno do importante papel da conferência nacional de saúde além de dados para analisar o perfil do entrevistado. No decorrer do dia várias polêmicas foram discutidas com as perguntas sobre identidade de gênero. Segundo a

32 Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família Com Ênfase Na Saúde Da População Do Campo – Fiocruz – Brasília - DF

coordenação da pesquisa, a intenção era saber se a população conhece os novos termos utilizados.

Chegado o grande dia, eu estava muito empolgado em poder conhecer pessoas de todos os estados do Brasil, suas histórias, suas dificuldades e até poder ver o quanto estavam cansados devido a viagem longa, e o mais incrível era a força de vontade dessas pessoas em estar presente neste ato político em defesa da saúde e do SUS. Afinal, é um momento único em que a voz do povo fará a diferença.

Fomos então organizados com camisetas da conferência com a identificação de pesquisadores. A abordagem era feita em toda a extensão do pavilhão, pedíamos permissão para fazer o questionário e um termo de consentimento livre e esclarecido era assinado. Ao final das perguntas recebiam um adesivo identificando-o: “Tô na pesquisa”, que foi uma estratégia aderida para evitar repetições de entrevistas.

Dentre tantas entrevistas realizadas, pude presenciar uma reação inesperada de um dos delegados. As perguntas tinham uma sequência lógica, onde identificávamos as pessoas sobre seu estado, sexo, orientação sexual, religião, cor/raça e identidade de gênero. Este último já havia sido motivo de discussão durante o treinamento e voltou a mesma situação. O entrevistado do sexo masculino, não sabia os significados de homem cis, homem trans e não binário. Fomos orientados a explicar somente depois da resposta: “Não sei”, porque aí marcaríamos essa opção que iria comprovar realmente que as pessoas desconhecem os termos atuais, além disso, assinalar também a opção escolhida após a explicação. Mas o interessante não foi o fato de não saber responder, mas pelas respostas: “sou macho”, “gosto de mulher”. E quando pensei que não podia piorar, ele olhou ao seu redor à procura de alguém que explicasse os termos para ele e a atitude foi bem rápida. Então chamou um ra-

paz que estava passando com a bandeira LGBT amarrada nas costas. E indagou: “Ei, cara, vem cá, você sabe o que significa homem cis? Esse ‘cis’ quer dizer o que? Você é gay?” A pessoa de início sorriu, porque a situação parecia engraçada, na verdade algumas pessoas fazem as situações serem engraçadas para não expor tanto o seu preconceito. Então retrucou a pergunta: “Homem cis é aquele que se identifica com sua genitália, nesse caso com o seu pênis, e sim, sou gay.” Logo após a resposta a pessoa com a dúvida começou a rir e disse: “então é isso aí mesmo” e agradeceu ao rapaz que se prontificou. Eu fiquei sem reação durante todo o diálogo e só fingi simpatia para não demonstrar toda a minha indignação com o ocorrido.

Houve outro momento curioso que também pude presenciar. Como existiam pessoas de todo Brasil e eu como sou um nordestino “arretado”, conheço vários sinais, gestos e vocabulários que só nós nordestinos entendemos. Entrevistei um senhor de idade, também do Nordeste, estava ocorrendo tudo bem, até chegarmos ao final. Agradei pela disposição e cumprimentei-o apertando sua mão. E foi neste exato momento que ele coçou com o dedo a palma da minha mão durante o apertar. Minha reação foi aleatória, arregalei os olhos e soltei rapidamente a mão do senhor. No Nordeste, fazer esse tipo de sinal é obsceno, demonstra o intuito de convidar alguém para ter relações sexuais, caso seja correspondido. Situação bem mais constrangedora comparado ao relato anterior, porque foi algo bem mais pessoal. Minha vontade naquele momento era respondê-lo de forma rude e pedir respeito, afinal de contas eu estava fazendo somente uma pesquisa. Mas respirei, fixei meu olhar de insatisfação e dei as costas.

Dentre tantos acontecimentos, a participação na conferência não foi somente de decepções e constrangimentos. Falo isso porque somos uma sociedade tão desenvolvida e infelizmente ainda

existem pessoas que ainda não se adaptaram à modernidade. E poder ver a votação dos delegados nas moções com temáticas de melhorias na saúde no auditório principal, foi um momento de muita felicidade e comemoração. Ali eu estava vendo a democracia acontecer. Além das amizades que foram desenvolvidas, ideias articuladas e parcerias formadas. O legal disso tudo era saber que todos os brasileiros seriam os mais beneficiados.

Ao fazer uma análise do processo, nós, gays, somos muitos tachados como indecentes ou como o “tipo de pessoa” que não merecem valorização. Ser respeitado é tão difícil principalmente por vivermos em um mundo machista em que o homem heterossexual pensa ser o detentor da verdade. Como já não bastasse, o país está passando por momentos complicados em que todas as conquistas estão em declínio, o SUS sofre ameaças do próprio governo e a luta contra o retrocesso torna-se cada vez mais importante. O engraçado é ver a audácia das pessoas e o prazer que elas têm em constranger alguém.

Reflieto: Por que será que somente uma pessoa da comunidade LGBT podia responder os significados dos novos termos? Por que temos que aceitar todo tipo de assédio? Quantos véus temos que rasgar e mostrar à sociedade que merecemos nosso espaço? Quantas vozes precisam ser ouvidas para que o respeito prevaleça? Quantas vidas precisam ser perdidas para que a empatia e o amor ao próximo se tornem presentes?

Esta pesquisa me proporcionou algo além da própria pesquisa. Ser ouvinte e poder ver a reação das pessoas é inexplicável. Já dizia Paulo Freire: “Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes” (1987: p. 68). E foi nesse emaranhado de saberes e de cultura que fez valer a pena cada momento presenciado. A formação em serviço durante a residência tem me dado aprendizados

que me marcaram profundamente. Enquanto dentista, enquanto profissional da saúde e enquanto pessoa, aprendi a valorizar cada história de vida e cada opinião dita, e que a essência humana é o que nos sustenta, é o que resiste.

E é nesse processo de resistência que nós, resistentes, vamos vivendo um dia de cada vez, haverá momentos de lutas, perdas, mas também dias de vitórias. Caminhemos juntos para que a democracia prevaleça e as vozes continuem sendo ouvidas. O futuro depende disso. “Ninguém solta a mão de ninguém”³³.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **16º Conferência Nacional de Saúde, Democracia e Saúde**. (2019). Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

33 Ninguém solta a Mão de Ninguém – Expressão criada pela artista Thereza Nardeli como forma de manifesto afetivo de resistência e pela liberdade durante as eleições. (2018)



SIM
PARA
SAÚDE

foto: Eduardo de Oliveira - Radis Comunicação e Saúde

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: INSPIRADO NA ORIGEM PARA SEGUIR CONSTRUINDO UM SUS PÚBLICO, UNIVERSAL E GRATUITO.

Adailton Costa

Para entender a dimensão do que é participar de uma Conferência Nacional de Saúde e, em especial da 16ª, que, considerando-se sua importância e seu valor histórico, foi apresentada à população brasileira como 8ª+8, é preciso antes entender como se deu o processo de participação social em saúde no país. Para tanto, é necessário fazer uma breve revisão da literatura acerca dos acontecimentos que tornaram possível a realização das conferências de saúde com participação de vários segmentos da sociedade.

De acordo com Paim et al. (2011) o país passou por grandes transformações políticas e sociais nas últimas quatro décadas. Ainda nos anos 1970, sob a sombra da ditadura civil-militar, o país apresentava grande crescimento econômico, este período entra para a história do país como o milagre econômico brasileiro.

Segundo Veloso et al. (2008) o período que vai do final dos anos 1960 até o início da década de 1970, é conhecido como milagre econômico brasileiro. De acordo com os autores a taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) ultrapassava os 11% ao ano, a inflação estava baixa e havia superávits no balanço de pagamentos.

Embora os números revelem um período próspero, não foram todos os brasileiros que o perceberam, Paim et al. (2011) lembram que as melhorias de qualidade beneficiaram de forma desproporcional a população, sendo que a maioria dos benefícios foram sentidos pelas classes econômicas privilegiadas.

De maneira geral, parte do povo brasileiro não estava satisfeita com os acontecimentos políticos e sociais pelos quais o país passava. É importante destacar que durante todo o período da ditadura civil-militar (1964-1985) os movimentos sociais lutaram, o que culminou com a redemocratização do país na década de 1980 (NETTO, 2017).

Saúde não era um direito universal, somente tinha direito a atendimentos médicos e hospitalares os trabalhadores formais. Para uma grande parte da população restava assistência promovida por instituições religiosas como as santas casas de misericórdia e serviços de filantropia (SOUZA, 2002).

Os trabalhadores formais e seus dependentes tinham direito à saúde, para garantir isso o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), investia grande parte dos seus recursos na construção de hospitais e unidades de atendimento ambulatorial, bem como contratação de serviços privados. Contudo, esse investimento era maior, onde sua arrecadação era maior, o que deixava grande parte do país sem cobertura de serviços de saúde (SOUZA, 2002).

Pode-se falar que no Brasil antes do SUS, a população era dividida entre os que podiam pagar diretamente pelos serviços de saúde, os assegurados pelo INAMPS e aqueles que não tinham direito algum, pois não podiam pagar e não estavam no mercado formal de trabalho (SOUZA, 2002).

Diante desse cenário, no campo da saúde um movimento ganhava destaque, trata-se do movimento pela reforma sanitária. Paiva e Teixeira (2014) falam que esse importante movimento foi organizado na década de 1970 a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

A partir dessa organização o movimento pela Reforma Sanitária cresceu, formando alianças com outros setores da sociedade, culminando com a criação em 1980 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mais à frente, em 1986, os brasileiros dão um importante passo na luta pela saúde como direito, trata-se da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2011), garantindo em 1987/88 na Assembleia Na-

cional Constituinte aprovação de saúde como direito de todos e dever do estado.

Após esse brevíssimo resumo da história do nosso sistema de saúde, contada pelos livros e artigos elaborados por quem vivenciou aquele período, chega a minha vez de assumir a “caneta” passo a contar, de forma igualmente breve, minhas experiências com o SUS até a 16ª Conferência de Saúde.

Eu conheço o SUS desde que nasci em um de seus hospitais na cidade de Santarém, oeste do Pará. Cresci em uma comunidade ribeirinha, todos os meses recebia a visita da agente comunitária de saúde, eventualmente o barco com profissionais de saúde chegava na comunidade, recebíamos atendimento médico e vacinas.

Eu cresci, e todas as vezes que precisei, o SUS estava lá. Não demorei a perceber que tinha gente que não gostava dele e que era preciso defendê-lo. Assim, comecei a participar das conferências municipais de saúde, como representante da associação de moradores do bairro onde moro. Em 2013, fui empossado como agente comunitário de saúde.

Meu compromisso com o SUS aumentou: agora, mais do que usá-lo, eu faço parte dele, sou eu, junto com meus milhares de colegas de profissão que levamos o sistema na casa de cada brasileiro em cada cantinho do Brasil. Eu sempre ouvi falar da 8ª Conferência Nacional de Saúde e de sua importância para nós.

Quando soube da chamada para participar da 8ª + 8 como pesquisador do Conselho Nacional de Saúde (CNS) me encantei, pois essa conferência em especial, foi apresentada pelo CNS como um resgate à memória da primeira conferência nacional de saúde, marcada pela participação em massa de diversos segmentos da sociedade.

Além disso, como cidadão e profissional, eu vejo os ataques ao nosso sistema de saúde, portanto, participar da 8^a+ 8 não deixaria de ser a realização de um sonho em contribuir na luta em defesa de uma saúde para todos.

Pelo sistema ascendente, ou seja, saindo da conferência municipal, passando pelo estadual e enfim chegando à etapa nacional, eu já sabia que seria impossível, pra completar nem estava na cidade quando houve a plenária de escolha dos delegados para a etapa estadual.

A chama da esperança voltou a arder, quando um de nossos professores, nos encorajou a realizar uma conferência livre. Nós, estudantes do Instituto de Saúde Coletiva (ISCO) da Universidade Federal do Oeste do Pará, abraçamos a causa e organizamos a 1^a Conferência Livre de estudantes de saúde do município de Santarém, com a participação de estudantes de saúde de quase todas as universidades da cidade.

A gente conseguiu o direito de eleger dois delegados, e eu fui eleito como suplente. Até aí, nada garantia minha participação na 8^a+8, e foi quando tomei conhecimento da chamada pública para participar como monitor da pesquisa Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16^a Conferência Nacional de Saúde, a primeira organizada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Era a última esperança. Preenchi, confiante, o formulário de inscrição, mesmo sabendo que os desafios eram muitos, não teríamos nenhum tipo de ajuda de custo, isso estava claro no edital, mas eu queria participar. Sei que moro muito longe de Brasília, mas isso não me intimidou, eu me inscrevi e fiquei muito feliz quando o resultado foi divulgado, e meu nome figurava como o primeiro da lista.

Logo fiquei ansioso, era preciso arrumar as malas e planejar a viagem, mas como? Praticamente as

vésperas da realização do evento, ainda não se tinha o local definido. O tempo passou, o local foi definido e divulgado e muita coisa cooperou para minha chegada em Brasília. Um pouco antes da etapa nacional um dos delegados livres eleitos desistiu da vaga, eu era o primeiro suplente da lista e fui convidado a ocupar a vaga.

Mas como? Eu já estava aprovado para ser um pesquisador e desta forma contribuir com a etapa Nacional, os representantes discentes e docentes do ISCO decidiram que seria mais interessante eu participar como pesquisador e, embora os recursos da universidade fossem poucos, conseguiu-se uma pequena ajuda de custo para os que iriam a Brasília representando a Universidade, sendo uma na condição de delegada livre e outro como pesquisador.

O grande dia chegou, a conferência começaria no dia 4 de agosto de 2019, no entanto, os organizadores da pesquisa pediram os pesquisadores se apresentassem na tarde do dia 3, tanto para iniciar uma integração como para conhecermos os instrumentos da pesquisa.

Foi uma avalanche de informações, muita coisa passava pela cabeça, a pesquisa seria organizada em duas etapas, na primeira a maior quantidade possível de pessoas deveria ser entrevistada, ao final da entrevista a gente ia colar um adesivo “tô na pesquisa” de cor verde no crachá da pessoa, e já nesta fase deveríamos recrutar um participante do segmento, gestor, trabalhador e usuário de cada estado para uma entrevista mais profunda, para a qual o participante ganharia mais um adesivo, dessa vez na cor amarela. Além das entrevistas, os pesquisadores fariam relatos de observação direta das atividades do evento.

Recebemos a camisa que nos identificaria como pesquisadores, uma camisa na cor verde, e não tardou para que os participantes se referissem a

nós como “os verdinhos” logo na manhã do quarto dia iniciamos os trabalhos. Íamos traçando as melhores estratégias a fim de não perder nenhum possível entrevistado.

A conferência estava linda, a diversidade do povo brasileiro, reunido em um único lugar, eram cores e sotaques para todo lado que encantavam e eu pude participar de tudo isso, não sei ao certo quantos questionários apliquei, mas com certeza eles contribuíram com o sucesso desta enorme pesquisa.

O SUS vive seus dias de lutas, e quem é o SUS senão a gente brasileira? Somos nós que fazemos dele um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo. Usuários, gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde deveriam contribuir para um SUS cada vez melhor, nem sempre isso ocorre.

Muitos se deixam levar pelas fake news e projetos de sucateamento do nosso sistema, muitos não se envolvem de maneira adequada nas lutas do SUS, houve quem criticasse os movimentos sociais. Algumas das pessoas que entrevistei fizeram críticas as pautas políticas dos movimentos, o que até causa certa estranheza. Mas não cabe aprofundar isso aqui.

Por fim, verde era nossa camisa, verde não por acaso, a cor da esperança. Esperança, foi uma das palavras que mais ouvi, quando perguntava sobre os sentimentos predominantes na etapa nacional da 16ª Conferência Nacional. Mas é preciso ir além de ter esperança, é preciso estar vigilante, é preciso estar participando dos movimentos sociais em cada esfera, inspirados nos militantes que na 8ª conferência gestaram o SUS que conhecemos hoje para que amanhã os brasileiros ainda tenham um sistema de saúde público e gratuito, universal e equânime.

Concluindo essas ideias

O SUS, desde sua criação, enfrenta grandes desafios, e nem sempre os governantes estão preocupados em garantir uma política pública eficiente e que atenda a todas e todos. Os movimentos sociais que participaram da criação do SUS, já previam que ele não seria bem-quisto por muitos, por isso garantiram a participação popular como forma de controle social no sistema de saúde pública.

O controle social não agradou muita gente. O presidente da época, Fernando Collor, até tentou impedir esse importante instrumento, quando vetou na lei 8080/1990 a participação social. Felizmente, os movimentos sociais estavam mobilizados e conseguiram pressionar o governo para que a participação social fosse um direito dos brasileiros, aprovando a Lei 8142/1990.

Graças a essa intensa participação da população, hoje, podemos nos reunir e continuar construindo o SUS. Mas, ao longo desses quase 30 anos de SUS, ele não deixou de ser atacado um único dia. Nos últimos anos, as ameaças ao nosso sistema de saúde, ganhou força, em 2016 aprovaram a emenda constitucional nº 95 que estabeleceu um teto de gastos, contribuindo ainda mais para o seu sucateamento.

Não bastasse isso, chegamos a 2019 com um governo defendendo o fim da gratuidade universal do SUS. Segundo a revista Fórum, o Ministro da Saúde, ao participar de um programa de televisão, declarou: “É justo ou equânime uma pessoa que recebe 100 salários-mínimos ter o atendimento 100% gratuito no SUS? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? Eu acho que essa discussão é extremamente importante para esse Congresso. Eu vou provocá-la, vou mandar a mensagem, sim, para a gente discutir equidade e esse ponto a gente vai pôr o dedo”.

A fala do ministro deve sim nos causar preocupação e servir de alerta para que não baixemos a

guarda na defesa do SUS, e não custa lembrar que nos últimos anos vivemos momentos de retiradas de direitos, aprovaram uma reforma trabalhista, uma reforma previdenciária. Se não tomarmos os devidos cuidados, vão nos tirar a universalidade do SUS, um dos seus princípios fundamentais.

As mais de cinco mil pessoas que estiveram em Brasília de 4 a 7 de agosto de 2019, incluindo nós, os verdinhos, reiteramos a defesa do SUS, como público, gratuito, universal e equânime para todas e todos brasileiros, garantindo a participação social nos planejamentos, execuções e fiscalizações das políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

NETTO, A. A. N. Os movimentos sociais na ditadura, uma análise geográfica. **Geographia Opportuno Tempore**. Universidade Estadual de Londrina. V. 3. N. 2, p. 142-151, Londrina-Pr. 2017.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios**. Series. Saúde no Brasil 1. 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546> acesso em 10/10/2019 Acesso em: 18 jan. 2022.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contexto e autores. **Revista História, ciências, saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, V. 21. N. 1., jan./mar.. 2014. p. 15-35.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional de tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Editora MS. Brasília-DF agosto de 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546> acesso em 10/10/2019 Acesso em: 18 jan. 2022.

VELOSO, F. A.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973): Uma análise empírica. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 62 n. 2 / p 221-246, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/ministro-da-saude-defende-fim-da-gratuidade-universal-do-sus/> acessado em 29/11/2019 Acesso em: 18 jan. 2022.

Quando a conferência de saúde ensina
para o trabalho e para a vida: narrativas
dos estudantes sobre a 16ª Conferência
Nacional de Saúde



*Todos os autores tiveram contribuições
por igual na construção dos textos.*

ISBN 978-85-54329-48-8



9 788554 329488 >

