



## CONTROLE SOCIAL E REPRESENTATIVIDADE:

Um relato de experiência a partir da Conferência Estadual de Saúde das Mulheres Pernambucanas

Daiane Cordeiro Santos<sup>1</sup>  
Jaqueline Soares Silva<sup>2</sup>  
Natália Ramos Silva<sup>3</sup>

**RESUMO:** A Participação Social, primordial na construção do Sistema Único de Saúde, pode se apresentar de distintas maneiras e tem por objetivo garantir a participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado. Este trabalho se propõe a relatar a experiência, enquanto residentes multiprofissionais em saúde coletiva, no apoio ao processo de construção da 2ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Pernambuco e problematizar a partir da mesma, questões relativas ao controle social, representatividade e protagonismo político.  
**PALAVRAS-CHAVE:** Controle Social; Representatividade; Saúde das mulheres.

**ABSTRACT:** The Social Participation, essential in the construction of the Unified Health System, can present itself in different ways and aims to guarantee the participation of society in the decisions taken by the State. This work intends to report the experience, as multiprofessional residents in collective health, in the support to the construction process of the 2nd State Conference on Women's Health in Pernambuco and to problematize from it, questions related to social control, representativeness and political protagonism.

**KEYWORDS:** Social Control; Representativeness; Women's health.

## O CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DO SUS

A Participação Social, primordial na construção do Sistema Único de Saúde, pode se apresentar de distintas maneiras e tem por objetivo garantir a participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado, ou seja, na gestão pública, e que dizem respeito ao interesse e bem comuns.

Gohn (2003) afirma que o conceito de participação cidadã está associado ao processo de universalização dos direitos sociais, ampliação do conceito de cidadania e na mudança de compreensão sobre o papel do Estado. Trazendo para a esfera pública as decisões sobre as prioridades das políticas públicas.

“Entretanto, para conferir sentido à esfera coletiva de decisão, é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores envolvidos e, ao mesmo tempo, o processo participativo deve ser baseado na construção de consensos que visam o melhor para o conjunto da coletividade e não apenas para determinados grupos da sociedade”. (COSTA; VIEIRA, 2012, P. 8).

Segundo Escorel e Moreira (2008), a Participação Social busca por meio da escuta ampliada e qualificada dos cidadãos e cidadãs, contemplar as necessidades da população acertando os rumos da saúde de acordo com as demandas sociais, compreende a

<sup>1</sup> Psicóloga, Residente em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco..

<sup>2</sup> Enfermeira, Residente em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco.

<sup>3</sup> Assistente Social, Residente em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco.



democratização da gestão como condição para sua qualificação, e o protagonismo dos sujeitos sociais como uma estratégia para tornar as políticas públicas construções mais horizontais e coletivas. “Para assegurar que a pluralidade de atores da sociedade esteja presente no processo de participação, esta não deve se limitar à ação dos representantes, mas também criar oportunidades para que representados possam agir no espaço público” (COSTA; VIEIRA, 2012, P. 9).

Dentre os diferentes modos de participação social, podem-se destacar as seguintes categorias: Institucionalizadas, como os Conselhos e Conferências de saúde, preconizados pela Lei nº 8.142/90; Não-institucionalizadas, que contemplam movimentos populares e organizações não-governamentais que têm interferência em ações, programas e políticas ou que se articulam com dirigentes governamentais de forma direta, sem passar pelos colegiados participativos; Semi-institucionalizadas e paralelas, como a Plenária de Conselhos de Saúde que disputa com o Conselho Nacional de Saúde a tarefa de estabelecer as diretrizes da política nacional de saúde; Induzida por organismos internacionais, que definem a existência de conselhos com participação da população como exigência para financiamentos internacionais de projetos. (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde se constituem, atualmente, os principais espaços institucionalizados para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo, sendo elas federais, estaduais e municipais. Atuam como mecanismos democráticos e através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e todas e dever do Estado (BRASIL, 2013).

Este trabalho se propõe a relatar a experiência, como residentes multiprofissionais em saúde coletiva, no apoio ao processo de construção da 2ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Pernambuco e problematizar a partir da mesma, questões relativas ao controle social e participação representativa de mulheres.

## **CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DAS MULHERES**

A 2ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres – 2ª CESMu aconteceu no Centro de Convenções de Olinda - PE entre os dias 14 e 16 de Julho de 2017, com o tema: “*Implementação da Política Estadual de Saúde Integral das Mulheres Pernambucanas: Nenhum direito a menos*”. A 2ª CESMu constituiu uma etapa preparatória para a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, proposta pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de pensar os desafios atuais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. A 2ª



Conferência Nacional de Saúde das Mulheres ocorreu em Brasília-DF entre os dias 17 e 20 de Agosto de 2017, tendo por tema: “*Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade*”.

O processo de construção da 2ª CESMu durou cerca de 8 meses. Foi organizada pelo Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do estado. O regimento interno e o regimento eleitoral, responsáveis por delimitar condições para a conferência e eleição delegação, foram postos em consulta pública durante 1 mês, as possíveis recomendações foram avaliadas pela comissão organizadora.

A Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Pernambuco foi antecedida por 4 etapas macrorregionais que aconteceram ao longo de 3 meses nas seguintes macrorregiões do estado: Vale do São Francisco e Araripe, Sertão, Agreste e Região Metropolitana. Cada município, através do Conselho Municipal de Saúde (CMS), pôde enviar apenas duas (dois) delegadas (os). Uma delas do segmento usuário e pelo menos uma precisou ser mulher, para garantir a paridade dos segmentos e o mínimo de participação de 60% de mulheres como orientou o regimento interno da 2ª CESMu.

As etapas macrorregionais contaram com a participação de 282 delegadas (os) indicadas (os) pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. A participação dos municípios nas etapas macrorregionais da 2ª CESMu esteve entre 50% e 73% do esperado. O número de participação de delegadas (os) girou em torno de 76% e 106%, chegando a extrapolar a quantidade esperada em uma das etapas macrorregionais.

Nas etapas macrorregionais foram elaboradas as propostas que compuseram o documento base rediscutido na 2ª CESMu, e ainda foram eleitas (os) delegadas (os) para a etapa Estadual e Nacional da 2ª Conferência de Saúde das Mulheres, respeitando a paridade e a participação majoritária de mulheres. Cada grupo de trabalho discutiu os seguintes eixos temáticos: O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; Vulnerabilidades, violência e equidade na vida e na saúde das mulheres; e, Políticas públicas para as mulheres e a participação social.

A etapa estadual da 2ª CESMu previu participação de 296 delegadas (os), sendo 74 gestoras (es), 74 trabalhadoras (es) e 148 usuárias (os). No entanto o comparecimento de delegadas (os) por segmento esteve entre 74% e 92% (74% gestoras; 74% trabalhadoras; 92% usuárias).

A 2ª CESMu contou com participação de **246** delegadas (os) que continuaram o trabalho de construção de propostas iniciado nas etapas macrorregionais. Ao fim da 2ª CESMu, **418**



propostas, distribuídas nos âmbitos nacional, estadual e macrorregionais foram produzidas. Doze delas foram priorizadas e enviadas para a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

## **CONTROLE SOCIAL E REPRESENTATIVIDADE DE MULHERES**

Algumas considerações podem ser feitas já no processo de organização da 2ª CESMu. Os regimentos internos e eleitorais, documentos normatizadores da conferência, não voltaram a ser discutidos durante a 2ª CESMu, fator que causou estranhamento às delegadas (os) no decorrer dos grupos de trabalho. A consulta pública está sendo utilizada como estratégia por alguns espaços do controle social, no entanto, acreditamos que não é uma alternativa democrática considerando que nem todas as pessoas interessadas possuem livre acesso à rede de computadores e internet, e que mesmo possuindo acesso, a divulgação, por vezes, não acontece com antecedência e de maneira eficaz.

Também vale salientar, que no contexto político de ataque à democracia e desmonte dos direitos sociais, algumas organizações de mulheres se posicionaram à favor da 2ª CESMu mas afirmaram que não participariam de espaços institucionalizados em um governo golpista. Uma vez que ocupar esse espaço podia aparentar uma conciliação com um governo que apoia suas ações em práticas machistas, racistas e LGBTfóbicas.

Os dados anteriormente citados mostram que a participação de delegadas (os) na 2ª CESMu ocorreu abaixo da média, o que pode indicar, dentre outras coisas: dificuldade de comunicação da comissão organizadora com os conselhos municipais; ausência de ampla e acessível divulgação da conferência; falta de interesse; omissão dos Conselhos Municipais de Saúde; ausência de financiamento para participação; falta de apropriação da sociedade desses espaços de controle e participação social.

Em relação às propostas elaboradas nas etapas macrorregionais e estadual, consideramos que apesar da amplitude dos eixos temáticos, muito do que diz respeito à saúde das mulheres estava relacionado à saúde sexual e reprodutiva, à assistência materno-infantil, debate importante e necessário, mas que não acessa a complexidade do ser mulher, em suas múltiplas e infinitas possibilidades de se entender e se expressar.

A proposta que defendia a polêmica descriminalização do aborto, por exemplo, foi suprimida na plenária final, em torno de argumentos culpabilizadores, machistas, moralistas e cristãos. A elaboração de propostas direcionada à grupos específicos de mulheres só foi realizada mediante a presença de alguma representante. Em alguns momentos das discussões dos grupos, as falas ficaram centralizadas em homens, que direcionavam a discussão sobre a



saúde e liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. De acordo com Escorel e Moreira (2009) essa realidade demonstra a baixa representatividade de alguns conselheiras (os) nas relações com suas/seus representadas (os).

## CONCLUSÃO

A 2ª CESMu representa um marco na saúde das mulheres, mas ainda demonstra limitações nas discussões. É preciso que as problematizações e aplicações práticas de políticas relativas à saúde das mulheres extrapolem a lógica da saúde materno-infantil, uma vez que as necessidades em saúde se apresentam múltiplas, ultrapassando essa discussão. Nesse contexto, a garantia de protagonismo político das mulheres é condição necessária e imprescindível.

A elaboração e/ou discussão de uma política de saúde das mulheres precisa ser protagonizada por mulheres e representar todas as mulheres. O aprimoramento dos Conselhos e das Conferências de Saúde envolve aumentar a democratização (incluindo a qualidade da representação) e incrementar a efetividade das suas produções. Para isso, faz-se necessário encontrar meios de superar a burocratização, hierarquização de poder e clientelismo. A 'solução' para os dilemas está no próprio exercício da participação, na reflexão sobre a prática e no aprendizado de cidadania existente na prática participativa. (ESCOREL; MOREIRA, 2009).

Costa e Viera (2012) defendem que “um dos maiores trunfos da sociedade é a sua diversidade que deve se expor à pluralidade a ser representada no espaço público”, entretanto, o observado durante a 2ª CESMu mostra a dificuldade de articulação e posicionamentos coletivos, o que reintera a necessidade da real apropriação dos espaços de controle social. Para trazer qualidade ao controle e participação social é necessária uma participação autêntica de todos os sujeitos da decisão (ESCOREL; MOREIRA, 2009).

A participação social deve ter capacidade de provocar mudanças na configuração democrática do Estado, e sua atuação deriva da combinação entre os mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente de promoção de autonomia dos atores sociais. (COSTA; VIEIRA, 2012, P. 8)

Portanto, assim sendo, apontamos a necessidade de a população conhecer, ocupar e se apoderar dos espaços do controle social como mecanismo para tornar o SUS popular, equânime e de qualidade de fato. Pois não basta fazer parte, tem que participar efetivamente, de forma consciente e crítica, com protagonismo e representatividade. A história do SUS é a própria história da participação social e sem essa não avançaremos.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. 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, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, A. M; VIEIRA, N. **Democracia participativa e controle social em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO L. V. C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. P. 229-247.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p. 979-1010.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003. Coleção Questões da Nossa Época, v. 84.