

# Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde\*

MUNICIPAL HEALTH CONFERENCES: THE ORGANIZED SOCIAL MOVEMENT TO CREATE HEALTH INTERVENTIONS

CONFERENCIAS MUNICIPALES DE SALUD: EL MOVIMIENTO SOCIAL ORGANIZADO EN LA CONSTRUCCIÓN DE INTERVENCIONES SANITARIAS

Maria Marta Nolasco Chaves<sup>1</sup>, Emiko Yoshikawa Egry<sup>2</sup>

## RESUMO

Estudo exploratório que objetivou compreender o discurso das propostas aprovadas para intervenções em saúde nas Conferências de Saúde ocorridas em Curitiba-PR no período de 1997 a 2007. Os resultados demonstram que as intervenções em saúde aprovadas estiveram relacionadas aos índices epidemiológicos, financiamento do Sistema, reversão do modelo de assistência e participação do movimento social organizado. Para a ampliação da participação foram garantidas discussões ascendentes anteriores à plenária final, na qual se manteve um número de participantes quase constante. Nas considerações finais teve-se que não houve reflexão sobre os determinantes do processo saúde-doença; a tendência foi responsabilizar o indivíduo para promover mudanças na sua realidade e o modelo de ampliação da participação permite refletir sobre a representatividade dos movimentos sociais na decisão das políticas do setor.

## DESCRIPTORES

Conferências de Saúde  
Políticas Públicas de Saúde  
Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

The objective of this exploratory study was to understand the discourse leading to the health intervention proposals approved during the Health Conferences held in Curitiba-PR between 1997 and 2007. The results show that the approved health interventions were related to epidemiological indexes, the funding of the system, the change of the health care model, and the participation of the organized social movement. To broaden the participation, discussions were carried out before the final session, in which the number of participants remained nearly constant. In the final remarks it was observed that no reviews were done regarding the determinants of the health-diseases process; there was a tendency to make individuals accountable for promoting changes in their reality, and the model of broadened participation allows for reflection on the representivity of social movements in the political decisions within the sector.

## DESCRIPTORS

Health Conferences  
Health Public Policy  
Primary Health Care

## RESUMEN

Estudio exploratorio que objetivó comprender el discurso de las propuestas aprobadas para intervenciones sanitarias en las Conferencias de Salud acontecidas en Curitiba-PR entre 1997 y 2007. Los resultados demuestran que las intervenciones sanitarias aprobadas estuvieron relacionadas a los índices epidemiológicos, financiamiento del Sistema, reversión del modelo de atención y participación del movimiento social organizado. Para la ampliación de la participación fueron garantizadas discusiones ascendentes anteriores a la plenaria final, en la cual el número de participantes se mantuvo casi constante. En las consideraciones finales, se expresó que no existió reflexión sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad; la tendencia fue responsabilizar al individuo para promover el cambio en su realidad, y el modelo de ampliación de la participación permite reflexionar sobre la representatividad de los movimientos sociales en las decisiones políticas del sector.

## DESCRIPTORES

Conferencias de Salud  
Políticas Públicas de Salud  
Atención Primaria de Salud

<sup>1</sup>Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. mnolasco@terra.com.br <sup>2</sup>Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista Produtividade CNPq. emiyegry@usp.br

## INTRODUÇÃO

O Controle Social na atuação do poder público compõe o processo de exercício de cidadania em uma sociedade democrática, na qual representantes dos movimentos sociais organizados participam junto com outros segmentos da sociedade na elaboração das Políticas Públicas para atender às necessidades dos indivíduos e da própria sociedade. No Brasil a discussão sobre a participação popular teve início nos anos 1930 e 1940 quando Políticas Públicas foram elaboradas com o objetivo de prever infraestrutura do Estado para atender às demandas das grandes concentrações produtivas, população e indústrias, nas áreas periféricas das metrópoles brasileiras<sup>(1)</sup>. No bojo das reivindicações dos movimentos populares estava o acesso a bens, serviços e direitos sócio-políticos, até então negados àqueles que não pertenciam às classes dominantes da sociedade<sup>(2)</sup>.

Atualmente, os Conselhos de Saúde são instâncias permanentes de deliberação e, as Conferências de Saúde, convocadas em períodos regulares, em cada esfera de governo, tem a finalidade de consultar representantes dos diferentes segmentos da sociedade sobre as demandas e necessidades em saúde segundo as regulamentações do Sistema Único de Saúde. O objetivo é definir as diretrizes para as Políticas Públicas do setor<sup>(3)</sup>. Nos comitês, conselho, conferências, entre outros espaços regulamentados para a participação, cabe aos representantes dos movimentos sociais organizados expressarem as demandas daqueles que representam e influir para que suas necessidades em saúde sejam atendidas, sem perder de vista que aos serviços públicos cabe o desenvolvimento de intervenções adequadas para aquela coletividade<sup>(4-5)</sup>. Esses mecanismos de participação não são diretos, mas sim de democracia representativa, que conforma o conjunto de órgão colegiado e deliberativo para a definição das Políticas Públicas do setor, porém por ser um processo recente, implantado há um pouco mais de 20 anos, necessita ser expandido e aprofundado<sup>(6)</sup>.

Nas últimas décadas, o ajustamento estrutural econômico recomendado pelas agências internacionais para os países em desenvolvimento tem levado países com enormes problemas sociais e econômicos a adotarem estratégias que atendam minimamente as demandas das classes populares (entre os países que adotaram estes ajustes encontra-se o Brasil). As recomendações de estratégias para as reformas econômicas estabeleceram o Estado Mínimo, ou seja, segundo as teorias econômicas neoclássicas, o Estado deixava de ser o indutor de crescimento econômico e de bem estar social para que estes fossem regulados pela lógica do mercado<sup>(7)</sup>. Associado ao esvaziamento do Estado no sentido de promover condições de vida para a população encontra-se a não preparação dos represen-

tes do movimento social organizado para reivindicarem e conquistarem seus direitos e autonomia. Há ainda que se destacar as dificuldades dos gestores quanto à compreensão do papel dos conselheiros na definição das Políticas Públicas e a falta de preparo destes no acompanhamento do uso dos recursos financeiros no setor<sup>(8)</sup>.

Considerando as limitações e contradições expressas há que se refletir sobre este processo no setor para se construir uma sociedade democrática com práticas inclusivas, ou seja, as diferentes classes sociais devem ser contempladas pelos serviços prestados pelo Estado, assim como a diversidade de etnia, cultura e gênero presente na mesma<sup>(9)</sup>.

As perspectivas de avanço no setor saúde estão relacionadas às políticas econômicas e sociais que são definidoras de processos de determinação social do processo saúde-doença. Em uma sociedade capitalista fala-se da inserção no trabalho e da reprodução social, ou seja, das condições de vida que poderão ter os indivíduos, famílias e comunidades. Pois, são estas condições que permitirão ao indivíduo atender às suas necessidades de auto-conservação e preservação da sua vida em um contexto socialmente determinado, que ao mesmo tempo é determinante de suas necessidades<sup>(10)</sup>.

Baseado no pressuposto de que as propostas aprovadas nas Conferências de Saúde e as intervenções do setor devem atender às necessidades em saúde expressas pelas comunidades ou populações, o município de Curitiba-PR tem promovido suas Conferências de Saúde desde o início da década de 1990 de acordo com a periodicidade recomendada (a cada dois anos). Assim, com estas reflexões que se buscou compreender o discurso das propostas aprovadas para intervenções em saúde nas Conferências de Saúde ocorridas em Curitiba-PR no período de 1997 a 2007.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A fase exploratória da pesquisa pode ser considerada a própria pesquisa, visto que esta possibilita a construção de conhecimentos e respostas às hipóteses anteriormente estabelecidas<sup>(11)</sup>. Os estudos exploratórios permitem ao pesquisador construir conhecimentos, ter mais experiências sobre determinado problema e servir como base para levantar possíveis elementos que se relacionam ao problema para posteriormente desenvolver outra fase da pesquisa<sup>(12)</sup>.

O estudo está ancorado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC que tem fundamentação no Materialismo Histórico e Dialético (MHD)<sup>(13)</sup>. Baseada na visão de mundo que adota a TIPESC

é uma teoria de enfermagem proposta para o campo da saúde coletiva, o qual defende a intervenção em saúde a partir da compreensão da determinação social dos processos de saúde-doença. Assim, a TIPESC propõe para a enfermagem a sistematização dinâmica de captar, interpretar e intervir em uma realidade ao articular o fenômeno observado aos processos de produção e reprodução social. Assim como a Realidade Objetiva deve ser compreendida nas suas três dimensões: a dimensão estrutural, a dimensão particular e a dimensão singular. Esta compreensão permite ao profissional identificar os processos relacionados à saúde-doença expressos em uma coletividade, no tempo e espaço definidos. Na intervenção sobre a realidade, a TIPESC propõe que se siga reinterpretando-a para novamente interpor instrumento de intervenção em um movimento dinâmico.

Os aspectos éticos do projeto de pesquisa intitulado: *competências avaliativas do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde das famílias*, do qual o presente estudo faz parte, foi apreciado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aprovado segundo o parecer nº 740/2008.

Os documentos foram analisados à luz das categorias analíticas do referencial teórico proposto nos seis Relatórios Finais das Conferências de Saúde de Curitiba-PR que ocorreram nos anos de 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 e 2007. Na análise se observou inicialmente que os documentos continham diferenças significativas na sistematização dos registros de dados. Assim, para identificar as mudanças relacionadas aos temas abordados nas propostas aprovadas, ao longo do período foi organizado um roteiro de temática que possibilitou o agrupamento das intervenções segundo o tema à qual estas se relacionavam. O roteiro de análise temática foi criado após exaustiva leitura do material e, posteriormente, foi aplicado em cada relatório para se identificar a existência daquela discussão no evento, assim como as modificações ocorridas nas propostas aprovadas que estavam relacionadas ao tema.

Para compreender as dimensões da Realidade Objetiva, no caso as propostas aprovadas para intervenções em saúde nas Conferências de Saúde ocorridas em Curitiba-PR no período de 1997 a 2007, investigou-se as Políticas Públicas que definiram a organização do sistema local de saúde — dimensão estrutural e a caracterização de Curitiba nos aspectos econômicos, populacionais, epidemiológicos e rede de serviços públicos de saúde implantada no período — dimensão particular.

## RESULTADOS

Nas Conferências de Saúde foi discutido o caráter coletivo e individual das intervenções relacionadas à promoção da saúde, prevenção e cura de adoecimentos, com objetivo de atender às necessidades em saúde dos usuários pela especificidade do ciclo de vida ou de adoecimentos e ainda, se

registrou a preocupação com o impacto das relações de produção e reprodução social no município sobre o meio ambiente. Observou-se que as intervenções aprovadas tinham, predominantemente, o enfoque no indivíduo e em ações curativas que deveriam ser desenvolvidas nos serviços de saúde de todos os níveis de complexidade da atenção.

Intervenções de caráter coletivo indireto para promover a vida com qualidade ou para prevenir agravos foram identificadas nos discursos, sendo que estas intervenções estiveram mais acentuadas em propostas aprovadas nas três últimas Conferências (9ª, 8ª, 7ª)<sup>(14-16)</sup>, a seguir o discurso na 7ª Conferência.

*No tema: Conquistas, avanços e desafios do SUS em Curitiba, o qual tinha o subtema: Saúde mental, controle social, intersetorialidade, direito à saúde, seguridade social e financiamento, trabalho na saúde, seguridade social e saúde. Tiveram-se as seguintes propostas aprovadas: (...) Incrementar ações do programa vida saudável, com o objetivo de promover intervenções no cotidiano das pessoas com a finalidade de estimular mudanças de hábitos e atitudes frente a um estilo de vida saudável (...) Estimular, apoiar e participar de projetos que integrem os setores governamentais, não-governamentais e a sociedade civil, com o intuito de impactar na melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde, buscando a autosustentabilidade social, econômica e ambiental da população curitibana (...).*

Nos relatórios dos eventos citados se reafirmou que eram necessárias mudanças de comportamentos ou estilo de vida adotado pelos indivíduos em propostas relacionadas à promoção à saúde. Neste sentido, o enfoque norteador foi para responsabilização dos sujeitos por suas escolhas e hábitos para ter vida com mais qualidade com a família e na comunidade.

A repetição de propostas de intervenções aprovadas foi significativa nos relatórios. Isso porque a proposta era aprovada para atender a um determinado grupo pelas suas características no ciclo de vida e, posteriormente, era aprovada proposta muito semelhante, às vezes exatamente igual, para atender portadores de um determinado agravo. A repetição ocorreu também para intervenção que deveria ser desenvolvida em algum serviço segundo o nível de complexidade tecnológica. Como exemplos desta observação se destacam propostas que relacionaram prioridade no atendimento para usuários idosos no enfrentamento de algum agravo e, em seguida, o registro da mesma proposta quando se apontava o enfrentamento ao agravo com prioridade para os idosos por ser o adoecimento de alta prevalência no grupo. Como se demonstra nos fragmentos do discurso da 9ª Conferência a seguir.

Propostas aprovadas para o enfrentamento da incidência da Diabetes na população geral:

(...) atenção integral, multiprofissional, nos diferentes níveis da atenção à saúde considerando o grau de risco e

assim, se organizasse a assistência hierarquizada com sistema de referência e contra-referência. O modelo de assistência deve ser por meio de gestão de casos em situação alto risco biopsicosocial e que se estimule o auto-cuidado e a adesão ao tratamento para o controle da doença (...).

Propostas aprovadas para o enfrentamento da incidência da Hipertensão Arterial na população geral:

(...) Implantar a gestão de casos em situação alto risco (biopsicosocial) da área de abrangência das Unidades de Saúde; Estimular o autocuidado e adesão ao tratamento, incentivar a formação de grupos de atividade física acompanhado por profissional da área (...).

Propostas aprovadas para a promoção da saúde e controle de adoecimentos na população idosa:

(...) desenvolver ações de prevenção de fatores de risco à saúde do idoso como o risco cardiovascular advindo de doenças tais como: hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo entre outras. E desenvolver ações para a prevenção de agravos prevalentes na população idosa (...).

Neste caso, reflete-se sobre qual seria a sistematização mais adequada para a elaboração e aprovação das propostas de intervenção na lógica das Conferências Municipais de Saúde, as quais pressupõem ampla participação dos movimentos sociais organizados com discussões sobre o processo saúde-doença da população para subsidiar Políticas Públicas no sentido de enfrentar as necessidades em saúde da população, assim como estabelecer a organização dos serviços do setor segundo os princípios do SUS<sup>(2-3)</sup>. Nos relatórios percebe-se que houve dificuldades para se estabelecer o eixo condutor da discussão coletiva, pois esta procura aperfeiçoar a participação dos movimentos sociais organizados, técnicos, gestores e prestadores de serviços ao setor.

A garantia de acesso e o aumento da cobertura das intervenções desenvolvidas pelos serviços da atenção básica à saúde foram por meio de propostas aprovadas que apontaram a necessidade da expansão do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e da Estratégia da Saúde da Família (ESF), mudanças nas condições de trabalho nos serviços locais, ampliação das equipes de saúde com o aumento no quadro de profissionais e a entrada de novas categorias no processo de trabalho em saúde, e ainda, a participação do movimento social organizado na definição de intervenções em saúde nos serviços locais, como demonstrado a seguir.

O acesso e o aumento da cobertura das intervenções desenvolvidas pelos serviços da atenção básica à saúde:

Campanhas educativas informando a população sobre os programas desenvolvidos e serviços ofertados pelas USs (...). Promover e aumentar atendimentos domiciliares (médico-enfermagem) às famílias possibilitando a sua continuidade (...). Implementação do PSF em todas as USs

(...) Viabilizar o atendimento pelo SUS pela manhã tarde e noite (...). Qualificar os agentes comunitários de saúde e manter o projeto (...). (5ª Conferência).

A entrada de novas categorias:

Estender o programa de ginástica a todas as unidades de saúde da PMC com a orientação de profissionais da área (fisioterapia e educação Física) (...). (7ª Conferência).

(...) implantação da atenção farmacêutica e a sensibilização dos profissionais na dispensação de medicamentos aos idosos (...). (8ª Conferência).

A participação do movimento social organizado na definição de intervenções em saúde nos serviços locais:

Propor que os conselhos locais de saúde incentivem a redução, o reaproveitamento e a reciclagem dos resíduos no município (...). Divulgar e incrementar pela secretaria municipal de saúde o voluntariado ligado aos serviços de saúde, através da promoção de encontro anual dos voluntários (...). Implementar mecanismos de participação dos CLS nos programas desenvolvidos pelas USs, principalmente nas ações de promoção à saúde e de valorização do auto-cuidado (...). (7ª Conferência).

O profissional de saúde foi identificado como co-responsável no desenvolvimento de intervenções de promoção à saúde, prevenção do adoecimento e adesão ao tratamento do usuário. Este último foi identificado como responsável pelo estilo de vida adotado e pelo autocuidado para promover a saúde e o enfrentamento aos agravos. A contradição à esta perspectiva, no discurso, se encontram nas propostas que apontam a necessidade de se garantir financiamento para o setor, acessibilidade para usuários em outros serviços de diferentes níveis de complexidade, reversão do modelo de assistência, entre outras questões que dificultariam o desenvolvimento das intervenções em saúde pelo profissional, assim como o conhecimento do indivíduo sobre o cuidado necessário para sua saúde.

Entre os temas da 4ª Conferência destaca-se:

(...) aumento de financiamento e outros recursos para o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde (...). Sensibilizar as equipes sobre a importância da incorporação de hábitos saudáveis de vida, realizando educação em saúde para a comunidade (...).

Nesta mesma Conferência se identifica a dificuldade na compreensão do que realmente era atribuição do setor e quais seriam as intervenções que poderiam depender de articulação intersetorial para serem realizadas. Isso porque ao aprovar propostas já se aprovava a busca de parcerias para desenvolvê-las, o que permite refletir sobre qual era a concepção de parceria nas intervenções em saúde, muitas das quais não dependiam de outros setores para serem desenvolvidas, mas sim do próprio setor saúde. A seguir um exemplo:

Intersetorialidade para a promoção da saúde por meio da prevenção de acidentes de trânsito - estabelecer progra-

ma para maior rigor e controle pelos órgãos fiscalizadores de veículos (...) divulgar quanto à prevenção de acidentes de trânsito, também para pedestres; construir passarelas para pedestres na BR 277, BR116 e em demais locais críticos; colocar escapamentos dos ônibus na parte traseira e superior, ao nível do teto, como forma de diminuir a quantidade de gases tóxicos, respirados pelos usuários [...] coletar e divulgar dados estatísticos de acidentes de trânsito, por bairro, principais via de cruzamento, possibilitando a informação desagregada dos dados (...) (4ª Conferência).

Na sequência da discussão sobre a intersetorialidade observa-se a mudança na compreensão deste princípio. Como exemplo tem-se que na 7ª Conferência<sup>(16)</sup> foram aprovadas as Redes de Proteção. O discurso aponta que nestes espaços os serviços de saúde deveriam ser articulados com outros serviços locais para indicarem as intervenções necessárias para modificar a realidade indesejada para alguns segmentos da população: crianças, adolescentes e idosos.

Nas situações da rede de proteção à criança e ao adolescente oferecer aos pais ações coletivas de sensibilização e orientação sobre relacionamento (...) Estimular a implementação de uma rede de proteção ao idoso que é vítima de abandono, ou de agressão ou de maus tratos (...) (7ª Conferência).

Sobre a organização do sistema municipal de saúde, nos discursos, se tem desde os serviços que atuam na atenção pré-hospitalar até aqueles que seriam responsáveis pelas ações mais complexas. Quanto à assistência pré-hospitalar as propostas indicaram a implantação do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) a partir da 6ª Conferência<sup>(18)</sup> para auxiliar no atendimento de urgências pré-hospitalares até então desenvolvido somente nas Unidades 24 horas e que já indicavam o esgotamento de sua capacidade.

Nesta mesma perspectiva algumas propostas aprovadas apontaram a necessidade de serem estabelecidas diretrizes norteadoras das intervenções desenvolvidas pelos profissionais dos serviços nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Para exemplificar o resultado apontado teve-se na 6ª Conferência<sup>(18)</sup> a aprovação da criação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) para que fossem desenvolvidas intervenções integradas nos diferentes níveis do sistema e, consequentemente, que estas fossem mais efetivas.

(...) serviços ofertados de forma integrados e orientados às necessidades da população pertencentes às áreas de abrangência das US; satisfação da população com o SISS (...) ampliação e diversificação dos pontos de atenção à saúde (...) integração intersetorial dos serviços de saúde com outras políticas públicas (...) integração com os municípios da Região Metropolitana (...) visando o princípio da universalidade do SUS (...) aumento da capacidade resolutiva dos ambulatórios (...) articulação com os serviços

sociais; maior racionalidade no SISS (...) avaliação econômica dos serviços de saúde; avaliação do custo benefício da agregação tecnológica em saúde (...) (6ª Conferência).

Na definição das diretrizes para a organização do sistema municipal de saúde foi aprovado que as gestões dos serviços públicos e dos serviços conveniados deveriam seguir os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS ao desenvolver as intervenções sob suas responsabilidades. Segundo estes pressupostos as propostas aprovadas recomendavam: definição do modelo de atenção à saúde a ser desenvolvido nos serviços; a articulação com outros setores para o desenvolvimento de intervenções em conjunto - intersetorialidade; adequação de infraestrutura dos serviços de saúde para a ampliação da cobertura da atenção à saúde com garantia de acesso para usuários e contratação de profissionais por meio de concurso público para aumentar o quadro existente, bem como inserir novas categorias profissionais no processo de trabalho em saúde.

Intervenções para modificar determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença foram identificadas em algumas propostas aprovadas, porém na sequência houve retrocesso no avanço que a proposta indicava. Isto porque a maioria das propostas que fizeram referência à determinação social do agravo a seguir recomendou intervenção para grupos e indivíduos em risco ou afirmou-se que os usuários e seus familiares deveriam adotar estilo de vida e autocuidado para evitar os agravos discutidos.

Os índices de morbi-mortalidade relacionados à violência passaram a ser discutidos a partir da 6ª Conferência<sup>(18)</sup>. As intervenções de caráter preventivo aprovadas foram para combater a violência contra idoso, mulher, adolescentes e crianças, como também, para diminuição dos índices de mortes de adolescentes por causas externas. Com relação a este último foi indicada a necessidade de análise ampliada dos casos com identificação de variáveis socioeconômicas relacionadas à sua determinação.

(...) Ampliar a rede de proteção as vítimas da violência; Ampliar a notificação de violência contra crianças; Implantar o protocolo de atenção à mulher vítima de violência; Implementar o Sistema de Informação para Prevenção da Violência (SIPAV); Estimular a adoção de um estilo de vida saudável pela população (...) reconhecer a violência contra a mulher como problema de saúde pública; construir uma rede de informações sobre a violência contra mulher e a criança (...) incluir a violência intra-familiar como um dos critérios para a identificação de população de risco para atendimento priorizado na US (...) (6ª Conferência).

Quanto ao financiamento do sistema de saúde municipal a temática foi repetida em todas as Conferências pela própria fragilidade do setor em garantir recursos para implantar e dar continuidade às intervenções que eram aprovadas. A busca de recursos financeiros junto aos poderes legislativos das diferentes esferas de governo foi recomendada. Em meio à indefinição de recursos financeiros para o setor, presente até o momento nas regulamentações do

Sistema Único de Saúde em todo Brasil, propostas que indicaram a ampliação ou implantação de intervenções foram aprovadas sem que houvesse clareza quanto à viabilidade financeira para o seu desenvolvimento. Com relação à aplicação dos recursos do setor, na 7ª Conferência<sup>(16)</sup>, foi aprovada proposta que responsabilizava o Conselho Municipal de Saúde (CMS) pela fiscalização do uso dos recursos tal como já havia sido previsto nas regulamentações vigentes desde o início da década de 1990.

A reversão do modelo de assistência foi apontada em todas as Conferências e o tema era abordado tanto quando se referia a intervenções para o enfrentamento de um determinado adoecimento ou quando se referia à intervenção em saúde para indivíduos que se encontravam em determinada fase do ciclo de vida. Neste sentido, o modelo de atenção preconizado foi direcionado para a programação em saúde seguindo os Programas de Saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Foram aprovadas ainda a adoção e atualização de protocolos clínicos para atender às mudanças ocorridas nos processos de trabalhos do setor e melhorar a eficácia das intervenções em saúde. Com este enfoque na 6ª Conferência<sup>(18)</sup> foi proposto a implantação da consulta de enfermagem e da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®) nos programas desenvolvidos na atenção básica à saúde como uma estratégia de reversão do modelo de assistência.

A qualificação dos profissionais dos serviços da Secretaria foi apontada em um grande número de propostas aprovadas nas Conferências. A necessidade de aperfeiçoar o conhecimento profissional para atender à organização e às especificidades das intervenções desenvolvidas nos serviços públicos e nos serviços credenciados foi apontada no sentido de que esta permitiria a reversão do modelo de assistência desenvolvido. Segundo os relatórios analisados, o modelo desejado era baseado na programação em saúde com o desenvolvimento de atividades estabelecidas nos protocolos. Assim, a qualificação referida nas diferentes propostas tinha o objetivo de instrumentalizar os profissionais para intervir segundo os programas e protocolos referendados pela gestão do setor.

O controle social foi tema de propostas em todas as Conferências, coerente pela própria importância da participação dos movimentos sociais organizados na elaboração, organização e efetivação do evento. As preocupações registradas foram no sentido de que haveria necessidade de se qualificar usuários para a participação nos diferentes espaços colegiados, nos quais este segmento discute as necessidades em saúde da população e as Políticas Públicas que deveriam ser aprovadas para atender às mesmas. Porém, este processo de qualificação foi apontado para ser desenvolvido pela própria gestão dos serviços de saúde por meio de projetos de educação permanente.

No período de dez anos de Conferências os relatórios indicam mudanças na forma de organização das Conferên-

cias. No discurso da 4ª Conferência<sup>(17)</sup> não se registrou momentos que antecederam a plenária da Conferência. Posteriormente, os registros mostraram momentos coletivos antecedentes à Conferência para a ampliação de discussões e elaboração de propostas<sup>(19)</sup>. Assim, foram realizados cursos, conferências locais e distritais, anteriores à plenária da Conferência Municipal garantindo a lógica ascendente de participação. Os registros demonstram que estes momentos aumentaram significativamente ao longo do período, logo se acredita que houve distribuição de oportunidades para a participação do movimento social organizado em todo o território municipal. Porém, o número de participantes na plenária das Conferências foi quase constante, apesar do aumento da população geral do município nos últimos anos, da organização ascendente com momentos preparatórios e, do aumento de propostas para o setor.

## DISCUSSÃO

No discurso das Conferências observa-se que houve melhora na sistematização dos registros referentes às propostas aprovadas ao longo dos dez anos estudados. Com relação ao conteúdo das propostas pode-se observar a aproximação do discurso à realidade de saúde da população do município esteve baseada nos índices epidemiológicos e populacionais. Nos resultados foi destacada a repetição de propostas de intervenções aprovadas para diferentes situações, como algo que era prescrito para enfrentar problemas diferentes. Sendo assim, o discurso pareceu ser de técnicos ou de gestores do sistema de saúde e, não do movimento social organizado. Convergente com o que foi apontado na 11ª Conferência Nacional de Saúde quando refere o despreparo dos representantes do movimento social organizado para representar o interesse da população na definição das Políticas Públicas<sup>(8)</sup>.

A formação de conselheiro foi tema de propostas aprovadas em todas as Conferências Municipais, não houve registro da ocorrência desta preparação. Porém, houve registro que tal preparação, contraditoriamente, seria desenvolvida pelos gestores do setor. Compreende-se que a capacitação para os conselheiros de saúde deve ter ênfase na autonomia para exercerem as representações para as quais foram eleitos, assim como, a formação dos profissionais de saúde deve ser por meio de um processo de qualificação que lhes permita compreender crítica e reflexivamente a realidade nas dimensões que a conformam e, assim possibilitar que compreendam a determinação social do processo saúde-doença para promoverem intervenções que vão além dos sinais e sintomas que os indivíduos portadores de adoecimentos que buscam os serviços de saúde por meio de demandas espontâneas<sup>(9,13,20)</sup>.

No cumprimento de recomendações para atender minimamente, ou dentro de uma possibilidade de recursos definida, são estabelecidos os critérios que remetem à exclusão<sup>(2,9)</sup>. Neste sentido, o discurso analisado apontou para a lógica da programação em saúde, a qual, na sua

grande maioria, fundamenta-se no critério de risco para promover intervenção em saúde, o que não permite avançar no reconhecimento das necessidades em saúde como referenda o Sistema Único de Saúde.

Cabe ao poder público regulamentar e prever recursos para promover intervenções que atendam às necessidades em saúde do usuário e família com eficácia, sendo que estas devem ser desenvolvidas por profissionais competentes para intervenção. Porém, esta é uma reivindicação histórica, presente no movimento de luta pela Reforma Sanitária Brasileira e que até o momento não foi conquistada<sup>(2)</sup>. As consequências desta não regulamentação podem ser o esgotamento da capacidade dos serviços locais de saúde para resolver questões tem sua determinação em processos que estão além do setor.

Os avanços na organização do Sistema de Saúde, segundo os resultados, estão relacionados à implantação e atualização dos protocolos e programas para a sistematização da assistência à saúde ao longo destes anos<sup>(13,16)</sup>. Entre as inovações estão o Programa Mãe Curitibana, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc®), o prontuário eletrônico único, o sistema de notificação de doenças *online* e as redes de proteção para as vítimas de violência e maus tratos.

A organização dos eventos por meio de um movimento ascendente buscou garantir maior participação e elaboração de propostas. Porém, a aprovação das propostas encaminhadas ficou sob a responsabilidade de um número quase constante de delegados presentes nas plenárias finais das Conferências, pela lógica da organização dos

eventos se compreende a necessidade de limitação no número de pessoas, mas cabe refletir sobre como o processo descrito garantiu ao usuário do sistema ser representado no momento de deliberação sobre a intervenção que atenderia à suas necessidades.

## CONCLUSÃO

Nas Conferências estudadas as temáticas das propostas de intervenção aprovadas referiram-se a agravos à saúde já identificados em dados epidemiológicos. Não houve registro de propostas para intervenção nos processos determinantes do processo saúde-doença. A tendência dos discursos foi de responsabilizar os indivíduos por suas escolhas de estilo de vida e pela adesão aos tratamentos prescritos, bem como os profissionais de saúde foram co-responsabilizados para as mudanças nessa realidade. Propostas foram aprovadas mesmo se tendo discussões simultâneas sobre os limites de acesso aos serviços de saúde, necessidade de reversão do modelo de assistência à saúde e sobre a não regulamentação de recursos financeiros para o setor.

Por fim, considera-se que a participação popular nas Conferências de saúde tem sido uma conquista e um significativo grande avanço para o setor, mas este é um processo ainda tímido e incipiente no seu potencial de transformar a discussão do setor, ou seja, romper com o modelo de discussão baseada em agravos indicados pelos dados epidemiológicos, para avançar na discussão das necessidades em saúde dos segmentos populacionais que ali estão representados.

## REFERÊNCIAS

1. Valla VV. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(1):30-40.
2. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Rev Saúde Soc*. 2003;13(2):20-31.
3. Carvalho IG, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: Hucitec; 1992.
4. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):795-805.
5. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):9-18.
6. Escorel S. Conselhos de Saúde: entre a renovação e a reprodução da cultura política. *Divulg Saúde Debate*. 2008;(43)23-8.
7. Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. 2002;4(7):18-49.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde e com controle social [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2011 out. 22]. [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)
9. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.
10. Heller A. Teoría da las necesidades em Marx. 2ª ed. Barcelona: Península; 1986.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
12. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
13. Egly EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

- 
14. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Municipal de Saúde - Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento [Internet]. Curitiba; 2008 [citado 2011 out. 22]. Disponível em: [http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio\\_004.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_004.pdf)
  15. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Municipal de Saúde - A Participação Popular na Construção de um Viver Saudável [Internet]. Curitiba; 2005 [citado 2011 out. 22]. Disponível em: [http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio\\_005.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_005.pdf)
  16. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório final da 7ª Conferência Municipal de Saúde – 15 anos do SUS Curitiba: Conquistas, Avanços e Desafios. Curitiba; 2003.
  17. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde - Sistema Único de Saúde: Saúde Pública com Qualidade. Curitiba; 1997.
  18. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde – Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002-2005. Curitiba; 2001.
  19. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório final da 5ª Conferência Municipal de Saúde – SUS no III Milênio em Defesa da Vida. Curitiba; 1999.
  20. Chaves MMN, Larocca LM, Peres AM. Collective Health Nursing: the construction of critical thinking about the reality of health. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 22];45(n.spe 2):1701-04. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_11.pdf)