

Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS¹

Participatory Management and the Recognition of Workers: advances in Brazilian's National Health System – SUS

Penha F. Cunha

Graduada em Odontologia. Pós-graduada em Docência do Ensino Superior e em Gestão do PSF. Dentista do PSF da Prefeitura Municipal de Nova Friburgo. Mestranda do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Endereço: Rua Soldado Vasco, 271, Penha, CEP 21070-620, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: penhafc@hotmail.com

Flávio Magajewski

Médico Pediatra Sanitarista. Mestre em Administração. Doutor em Engenharia de Produção e Ergonomia. Diretor de Educação Permanente em Saúde da SES-SC. Professor do Curso de Medicina da UNISUL.

Endereço: Rua Almirante Lamego, 930/601, Centro, CEP 88015-600, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: magajewski@hotmail.com

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido menção honrosa como "Trabalhos Acadêmicos".

Resumo

Este estudo teve como objetivo apresentar as mudanças políticas e estruturais introduzidas ao longo da trajetória de 20 anos do Sistema Único de Saúde – SUS com vistas a assegurar a democratização da gestão da saúde e legitimar a inclusão de novos atores políticos em todo o processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde. A fim de atender ao objetivo proposto, foram abordados os elementos constituintes de programas, políticas e estratégias que, implementadas nos últimos anos, abrem espaço para a emergência e o fortalecimento do controle social, da gestão participativa e da valorização profissional no âmbito do SUS. A ampliação dos espaços de participação social e dos trabalhadores na gestão do sistema é fundamental e baliza a efetivação de mudanças na direção de um sistema de saúde inclusivo, acolhedor, integral, resolutivo e, sobretudo, democrático.

Palavras-chave: Políticas públicas; Gestão participativa; Controle social; Valorização profissional.

Abstract

The objective of this study is to make a critical reflection about the political and structural changes introduced during the course of 20 years of Unified Health System - SUS which have contributed to the democratization of health management and offered the basis for legitimating the inclusion of new political actors throughout the construction process of a new model of health care. We discuss programs, policies and strategies implemented in recent years that have made possible the emergence and strengthening of social control, participatory management and professional development as part of the SUS. Social participation at the management of health system is of fundamental importance, of the customers as of its workers, and must be enhanced in the changes towards a system that wants to be inclusive, friendly, integral, with good resolution of problems and specially democratic.

Keywords: Public Policies; Participative Management; Social Control; Professional Development.

Introdução

A política que orientou a criação do SUS, contextualizada na Reforma Sanitária, fundamenta-se em um conceito ampliado de saúde, que é entendido como resultante das condições concretas de vida dos indivíduos e coletividades. Baseada em princípios como os da universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, agregados à participação da população, esta política instituiu uma ampla participação social identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde, que se fundamentou nas demandas e necessidades da população de ações e serviços que, atuassem simultaneamente na promoção, proteção e recuperação da sua saúde.

Como as realidades de cada região do país são extremamente diversificadas, devido à grande extensão territorial e riqueza cultural, as demandas e necessidades variam enormemente; por isso, o modelo proposto apoiou-se na estratégia da descentralização.

O SUS também reinaugurou um novo ciclo democrático, reafirmando a gestão participativa como componente estratégico que, junto com a descentralização, regionalização e cooperação entre esferas distintas do SUS, propõe uma mudança radical na cultura da gestão pública no país. Na prestação de serviços, a tarefa que se apresenta é a construção da integralidade, a promoção da equidade e a atenção humanizada à saúde.

A partir desse contexto, no qual avanços e desafios definiram uma dinâmica ímpar às políticas de saúde brasileira, destacamos dois dos seus elementos constituintes - a participação dos usuários e a valorização profissional - procurando problematizar o seu desenvolvimento no âmbito do SUS e as perspectivas dadas por políticas e estratégias em fase de implementação nos últimos anos.

O reconhecimento da relevância desses atores sociais na construção e consolidação do SUS produziu o recorte escolhido, que permitiu o diálogo entre as iniciativas da gestão federal e sua influência na

dinâmica social em outras esferas do sistema de saúde.

Neste trabalho destacaremos os mecanismos de controle social como os Conselhos e as Conferências de Saúde e as políticas que intensificaram e efetivaram essa participação como a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Educação Permanente, o Pacto pela Saúde e o Participa SUS.

Mecanismos Institucionais de Controle Social: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde

A Lei n.º 8.142/1990 (Brasil, 1990) prevê que as Conferências Nacionais de Saúde sejam realizadas regularmente a cada quatro anos, convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Independentemente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências para debater as diretrizes para a política de saúde em seu âmbito e o aperfeiçoamento do cuidado à saúde de sua população.

As transformações recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde podem ser consideradas o fator mais influente na determinação do processo participativo que ocorre nos conselhos e conferências de saúde. Essas mudanças, sustentadas pelos dispositivos legais implementados durante a década de oitenta, foram reforçadas pela edição de normas operacionais pelo Ministério da Saúde, que (especialmente em 1993 e 1996) normatizaram e estimularam o processo de municipalização. Esse conjunto de normas ofereceu as bases políticas e legais para que o sistema brasileiro de saúde se tornasse mais integrado, mais descentralizado e universalizado.

Todo esse contexto promoveu o crescimento da importância dos conselhos e das conferências de saúde, tanto como lugar de articulação das forças políticas favoráveis à reforma do sistema de saúde, quanto como canal formal e aberto de encaminhamento de demandas e proposições dos representantes dos setores populares, que são os usuários regulares dos serviços financiados com recursos públicos.

A definição recente de normas mais coerentes de planejamento setorial, através das Portarias GM

nº 3085/2006 e 3332/2006, tornaram mais clara a idéia de que os gestores das três esferas de governo devem convocar a Conferência logo após cada gestor assumir o cargo; assim será possível construir seu plano de saúde de forma mais adequada aos anseios e às necessidades da população, e garantir ao mesmo tempo a integração dos instrumentos de gestão do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão) com os instrumentos do planejamento governamental (Plano Plurianual - PPA, Lei Orçamentária Anual - LOA e prestações de contas anuais).

As Conferências de Saúde reúnem representantes da sociedade - usuários do SUS, representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde - com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, estados e em âmbito nacional. A 8ª Conferência, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido e aprofundado os grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte que inscreveu a saúde como direito social no país na Constituição de 1988.

As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª a 13ª, reafirmaram a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de controle social já existentes. Deve-se ressaltar que os temas 'controle social' e 'gestão participativa' foram contemplados com eixos específicos nas duas últimas Conferências, permitindo o aprofundamento das questões relacionadas com sua ampliação e aperfeiçoamento.

Nesse processo, algumas deliberações das Conferências devem ser destacadas e valorizadas como instrumentos que promovem a consolidação e qualificação do controle social no SUS:

- garantia de efetiva implantação dos Conselhos de Saúde estaduais e municipais - através da garantia de autonomia financeira;
- consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos Conselhos, por meio de composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros;
- reafirmação da participação popular e do controle social como estratégia para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

• aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, através da criação de novos canais e mecanismos de escuta do cidadão.

Para operacionalizar a participação social, a Lei n.º 8.142/1990 (Brasil, 1990) oferece orientação sobre a formação dos conselhos de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

Os Conselhos de Saúde são formas de exercício da democracia participativa que objetivam garantir os direitos de cidadania na área da saúde. Não substituem, mas interagem com os poderes instituídos, ou seja, com o Executivo, Legislativo e Judiciário. São compostos por representantes do governo, prestadores de serviços contratados pelo SUS, trabalhadores da saúde e usuários de forma paritária: 50% dos conselheiros são representantes dos usuários; a outra metade é composta por gestores, prestadores e trabalhadores da saúde.

Os Conselhos de Saúde integram a gestão e têm como preceito legal a formulação de estratégias, bem como o controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômico-financeiros. Isto significa que os Conselhos devem, no seu âmbito de atuação, participar ativamente da gestão da saúde, acompanhando a execução dos respectivos planos de saúde em relação aos valores gastos e se tal despesa está sendo feita para obter os resultados previstos no plano de saúde. O papel mais importante dos conselhos, em seu sentido mais amplo, é garantir que os planos de saúde nas três esferas de governo sejam coerentes com o modelo de atenção e de gestão da saúde indicado pelos princípios e diretrizes do SUS, e que sua execução seja um compromisso permanente dos gestores.

Atualmente, contabilizam-se significativos avanços na ação dos Conselhos de Saúde em termos de processo de formulação e controle da política pública de saúde. Contudo, estes ainda enfrentam obstáculos importantes, dentre os quais podem ser destacados: o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a falta de regularidade de funcionamento; a ausência de outras formas de participação; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a insuficiência de formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde e a baixa

representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Obviamente, essas dificuldades operacionais e políticas requerem investimentos do governo e da sociedade civil organizada para a qualificação e aperfeiçoamento da atuação destas instâncias de gestão e controle social sobre o sistema de saúde.

Processos Participativos de Gestão: comissões intergestores e co-gestão

O SUS assumiu o desafio de concretizar o direito universal à saúde com uma diretriz administrativa coerente: a descentralização do sistema e a execução das ações de saúde pelos municípios. Entretanto, compatibilizar a idéia de um sistema único com a diversidade representada pela realidade dos 5.364 municípios brasileiros obrigou a gestão do sistema a criar estratégias políticas inovadoras de negociação e pactuação entre as três esferas de governo.

Procurando superar a fragmentação na gestão do sistema, as esferas federal, estadual e municipal de gestão do SUS instituíram espaços de negociação e pactuação, visando ao avanço do processo de descentralização com maior equilíbrio: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), no âmbito estadual. Estas comissões criadas pela NOB 93 podem ser caracterizadas como as principais instâncias de decisões compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

Mais recentemente, com o Pacto pela Saúde, foram criados Colegiados de Gestão Regional, que estão em diferentes estágios de instalação e funcionamento conforme as condições do estado da federação. Eles representam uma nova proposta que busca consolidar o processo de gestão compartilhada das redes regionalizadas de serviços de saúde. Além destes, merecem destaque algumas outras modalidades regionais de decisões conjuntas, bem como outros fóruns existentes - é o caso das plenárias regionais de conselhos de saúde e das consultas públicas. Recentemente, a estruturação de mesas de negociação permanente dos trabalhadores do SUS vêm se consolidando nas três esferas de governo. Este dispositivo de gestão e negociação do trabalho, com a participação de representantes de empregadores

e trabalhadores, apresenta-se como uma inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, com efeitos positivos sobre a valorização dos trabalhadores da área da saúde.

O modelo proposto para a gestão do SUS se apóia na idéia do trabalho em equipe e em colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado por meio de diagnósticos, análises, avaliações e decisões construídas coletivamente pelos gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema de saúde. As necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com indicações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades do seu processo de adoecimento/sofrimento, bem como de suas idealizações acerca do que seja saúde e os fatores associados àquilo que estes mesmos grupos entendem por bem-viver. Assim, no exercício da gestão participativa, os sujeitos sociais são concebidos não apenas como sujeitos de direitos, mas como sujeitos ativos que sustentam os sentidos de suas próprias experiências, sendo protagonistas no encaminhamento de demandas referentes às suas realidades sociais.

A co-gestão de coletivos procura articular um novo formato para a atenção em saúde, incluindo os envolvidos no processo de trabalho em equipe na própria concepção de seu trabalho. Dessa maneira, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada e será possível, ao mesmo tempo, garantir motivação, estímulo à reflexão e aumento da auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, uma interação enriquecida pela troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

A Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS

A Política Nacional de Humanização preconiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com fomento da autonomia e do protagonismo dos mesmos no âmbito setorial e social. Além disso, estratégias indutoras de aumen-

to do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, a identificação das necessidades de saúde, a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento são outras iniciativas associadas com a essa política (Brasil, 2007b).

A Humanização deve ser vista não apenas como um programa, mas como uma política que atravessa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para estabelecer modificações qualitativas nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS.

A implementação de dispositivos de humanização na rede de saúde, como ações que contribuam para a ampliação do acesso e o atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, identificação e responsabilização de servidores e equipes que cuidam da saúde da população, pretende a produção de impactos positivos para os usuários, com a redução das filas e do tempo de espera para atendimento, assim como a garantia de informações ao usuário quanto aos seus direitos. Da mesma forma a implementação de processos de gestão participativa com trabalhadores e usuários, assim como a educação permanente para as equipes de saúde de todo o sistema vêm somar na criação de um desenho favorável à Humanização.

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Portaria GM nº 198/2004 (Brasil, 2004), que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor em 2004, após um início auspicioso, passou por um período de esfriamento. Em 2007, a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (Brasil, 2007a) reverteu este quadro, definindo novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com a nova Portaria o financiamento das Ações de Educação na Saúde tornou-se regular e sistemático, realizado através de transferências fundo

a fundo diretamente para o bloco de gestão recém instituído pelo Pacto pela Saúde. Essas mudanças permitem que os gestores façam um planejamento regional no curto, médio e longo prazo das ações educativas de formação e desenvolvimento, de forma a responder às necessidades do sistema de acordo com a realidade local.

A atualização da política de educação permanente tornou mais clara a responsabilidade de cada uma das esferas de gestão do SUS em relação às ações de educação na saúde. Trata-se do desenvolvimento e qualificação profissional dos trabalhadores da área e da mudança das práticas de saúde, de acordo com os princípios fundamentais do SUS (descentralização político-administrativa, participação da comunidade, igualdade e integralidade da assistência à saúde, universalidade no acesso aos serviços de saúde, entre outros).

A gestão da educação na saúde - formação e desenvolvimento - é abordada não como uma questão simplesmente técnica, mas como uma questão de natureza técnico-política, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nas ações de saúde e nas organizações. Para tal, é necessária uma articulação intra e interinstitucional que crie compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde, de educação e de controle social que contribua para o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação.

A Educação Permanente envolve a aprendizagem no trabalho: aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho desenvolvido em seu interior. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, com sua estruturação a partir da problematização do processo de trabalho (Brasil, 2007c).

A Política Nacional proposta pelo Ministério da Saúde tem como base os princípios e diretrizes do SUS, assumindo a atenção integral à saúde e a construção da cadeia do cuidado progressivo na rede do SUS como objetivos institucionais. A política de Educação Permanente em Saúde (EPS)

considera a organização e articulação horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde como forma de garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. A EPS propõe então uma cadeia de cuidados progressivos à saúde e supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado e sua substituição pela idéia de rede, entendida como um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida, e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações atendidas (Brasil, 2006a).

O objetivo da gestão do SUS ao propor a política de educação permanente foi a de construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviços (instâncias interinstitucionais locais), responsáveis pela elaboração de projetos de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; o desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; o envolvimento com o movimento estudantil da saúde; a produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde; a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde com a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social no setor. Em síntese, a EPS se configura como o componente pedagógico da gestão da qualidade (Saippa e Koiffman, 2004).

Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde - 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado pela Portaria/GM nº 399/2006 (Brasil,

2006b), contempla as orientações para um pacto a ser firmado entre os gestores do SUS, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Parte-se de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e possui diferenças regionais incontornáveis. Mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. O Pacto é uma oportunidade para a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS, visando reformas em aspectos institucionais a partir da promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão. Buscava-se alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nas respostas do sistema, e, ao mesmo tempo, a redefinição das responsabilidades solidárias das três esferas de gestão do SUS na obtenção de resultados sanitários adequados às necessidades de saúde da população.

Uma das prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida é a de “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2006b).

A Atenção Básica, reforçando o já disposto em outros programas, considera o sujeito em sua singularidade, integrado ao seu contexto sócio-cultural, e busca a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável.

Entre os fundamentos da Atenção Básica, salientamos que a produção de vínculos trabalhador-usuários, a valorização dos trabalhadores de saúde com ênfase em sua formação e qualificação, e o estímulo à participação social, são elementos definidores do modelo de atenção à saúde, e possuem completa afinidade com os princípios e diretrizes da política de saúde (Pinheiro e Silva Junior, 2008).

O Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização de diversos processos normativos. Reforça a idéia da territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias

e instituindo colegiados de gestão regional, e reitera a importância da participação e do controle social, com o compromisso de apoio à sua qualificação.

ParticipaSUS

Essa denominação identifica uma estratégia desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde aprovada em 2007, com o objetivo de promover a gestão participativa através da incorporação de novas ferramentas de gestão, como a escuta dos cidadãos (ouvidorias), o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, incluindo a realização de pesquisas periódicas sobre a satisfação dos usuários do SUS, além de auditoria, sob enfoque ampliado, e ainda ações de educação popular em saúde, difusão dos direitos dos usuários e estratégias de promoção de equidade em saúde para as populações em condições de desigualdade.

O ParticipaSUS (Brasil, 2007d), em sintonia com os pressupostos da Reforma Sanitária referentes ao direito universal à saúde como responsabilidade do Estado, propõe um pacto de institucionalização da gestão participativa entre as três esferas de governo, com a ampliação dos mecanismos de participação popular nos processos de gestão do SUS. Inclui ainda o estímulo à implantação de mecanismos de escuta e interação permanente entre gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS, de forma que as opiniões, percepções e demandas de trabalhadores e usuários sejam valorizadas nos processos de gestão.

A estratégia do MS busca de forma explícita a revalorização e o fortalecimento dos mecanismos instituídos para controle social no SUS, especialmente os Conselhos de Saúde e as Conferências, efetivando sua função de instrumentos para a formulação das políticas de saúde nas três esferas de governo. Finalmente, o ParticipaSUS estimula práticas de articulação intersetorial, envolvendo outros setores de governo comprometidos com a produção de saúde.

A gestão participativa, além de agregar mais legitimidade às ações setoriais e sustentação para os programas e políticas propostas, tem como objetivo assegurar a inclusão de novos atores polí-

ticos na cena da saúde e ampliar a possibilidade de escuta das necessidades dos usuários e entidades organizadas da sociedade civil, conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.

No contexto da gestão participativa, é importante lembrar que os serviços de saúde têm três objetivos básicos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária. Esses três objetivos - a produção, a realização e a legitimação - exigem a participação dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de co-responsabilidade para serem plenamente atingidos (Costa e Lionço, 2006).

Na gestão participativa não há combinação ideal pré-fixada em relação a estes três produtos da ação social, mas é no exercício e no próprio fazer da co-gestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

Conclusão

As políticas públicas, programas, Conferências, Conselhos, ouvidorias, processos de gestão colegiados e todas as demais formas de participação social e de gestão participativa aqui discutidos, servem como um catálogo de opções e guias práticos para a ação setorial, que deve ser pactuada pelas três esferas de governo e orientada pela lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

A definição daquilo que deve ser feito para alcançar objetivos locais que tenham sido negociados coletivamente no âmbito do SUS cabe aos muitos espaços de participação elencados no decorrer desse texto. No entanto, a realização das ações para alcançar a solução esperada é uma responsabilidade principalmente dos trabalhadores da saúde. Este desafio envolve, necessariamente, a ampliação da participação individual e coletiva desses sujeitos, mas que só será alcançada com a consolidação de uma política de formação que garanta a efetiva consolidação de um modelo assistencial que tenha como metas principais: a qualidade da atenção e a satisfação de todos os envolvidos nesse processo de construção. Há inegáveis avanços no exercício

do controle social exercido pela sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores do SUS, apesar do envolvimento ainda pequeno dos trabalhadores de saúde e dos usuários no dia-a-dia da gestão dos serviços de saúde. Entendemos que a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde ainda tem um longo caminho a percorrer. Em relação ao enfrentamento das iniquidades em saúde, sua visibilidade e consequente politização será resultado da capacidade que o sistema tiver para fortalecer o poder de vocalização dos grupos sociais protagonistas destas condições.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, 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 dez. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 fev. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006a (Série B. Textos básicos de saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 2 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007a, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Gestão participativa*. Co-Gestão 2. ed. revisada 1. reimp. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007b (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007c (Série B. Textos básicos em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007d. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acessado em: 11 abr. 2008.

COSTA, A.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago. 2006.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc:IMS/UERJ:Abrasco, 2008, p. 360 - 17-41 .

SAIPPA-OLIVEIRA G; KOIFMAN L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al (Org). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 143-164.

Recebido em: 27/04/2011

Aprovado em: 25/09/2011