

PET SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS

Lígia Maria Carlos Aguiar¹

Mônica Caixeta dos Santos²

¹ Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF); discente bolsista do PET Saúde/ Interprofissionalidade.

² Fisioterapeuta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF); preceptora do PET Saúde/ Interprofissionalidade.

RESUMO

Objetivo: Relatar a vivência no âmbito do PET Saúde: Interprofissionalidade, refletindo sobre a colaboração das atividades educativas sobre o controle social no SUS para o aperfeiçoamento da participação comunitária na política de saúde pública. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que visa refletir sobre a experiência de um programa de educação em saúde, na modalidade de sala de espera, e um programa de educação permanente. **Resultados:** reconhecendo as debilidades hodiernamente vivenciadas pelo controle social do SUS, foi pensada a iniciativa de educação em saúde e educação permanente acerca do tema através do Programa de Educação Para o Trabalho em Saúde- Interprofissionalidade (PET Saúde) em uma UBS do Distrito Federal. Chegou-se, coletivamente, à conclusão de que: a unidade não é o local adequado para as reclamações o acesso aos mecanismos de controle social não são burocráticos e pode ser feito via smartphone a participação de todos no controle social potencializa a resolutividade dos problemas a contribuição ativa da comunidade nos conselhos de saúde é mais eficiente do que apenas as reclamações, pois é a população que deve dizer a maneira mais realista de solucionar os problemas que apresenta. Os profissionais manifestaram que saberão direcionar seus pacientes ao fluxo correto de manifestação de suas queixas, buscando corrigir as falhas e fortalecer o sistema. **Conclusão:** O controle social do SUS não deve permanecer como uma ferramenta burocratizada, espaço de disputas estritamente institucionais e capituladas por figuras políticas para a satisfação das políticas neoliberais do Estado burguês, mas deve voltar a ser espaço de atuação da comunidade vulnerável, das minorias sociais e de todos aqueles e aquelas que vislumbram a concepção de um Estado igualitário e manutenção da saúde pública universal.

Palavras-chave: sistema único de saúde; controle social; atenção primária à saúde; educação em saúde; educação interprofissional.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. Para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que se implementem mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena.¹

Esse processo incluiu a saúde na Constituição Federal de 1988, inovando na descentralização da gestão – com a ampliação da participação social na política pública de saúde - e na execução das ações de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela corresponsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. O texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.¹

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 democrático para que a população possa lutar pela concretização dos seus direitos.²

As políticas de ajuste econômico e a focalização das políticas sociais resultaram no subfinanciamento da saúde, conduzindo 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, com debate e articulação estratégica de defesa dos princípios do SUS, perdeu espaço.³

Reconhecendo as debilidades hodiernamente vivenciadas pelo controle social, recrudescidas no âmbito da periferia, foram pensadas ações educativas acerca do tema através do Programa de Educação Para o Trabalho em Saúde- Interprofissionalidade (PET Saúde). Nessa abordagem, constam os seguintes conteúdos pertinentes ao controle social: histórico, políticas e programas, instrumentos de controle social no SUS e direitos e deveres do usuário.

Sendo assim, este estudo objetiva, especificamente, descrever a vivência na condução dos processos educativos e refletir acerca da contribuição dessas ações para a formação de conhecimento sobre o controle social no SUS.

UM BREVE HISTÓRICO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

O início dos debates sobre um novo sistema de saúde no Brasil aglutinou os movimentos sociais organizados em torno da estruturação da Reforma Sanitária.³

Em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) abraça o conceito de determinação social, modificando as bases da formação em saúde e impondo o debate social sobre saúde coletiva.³

Em 1975, pela primeira vez, na 5ª CNS, a participação social é inserida nos debates brasileiros sobre saúde, quando populações marginais participaram das propostas para a saúde de seus segmentos.³

Em 1976, é criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, que adensa a sistematização do debate, denuncia a mercantilização da saúde e propõe a criação do SUS com financiamento e participação social garantidos, como materialização do direito inalienável à saúde.³

Em 1978, a Conferência de Alma Ata, que estabeleceu mudança no conceito de saúde e o foco na atenção primária, também incluiu a ideia de participação social no planejamento da saúde.³

Em 1980, a 7ª CNS debate a participação social disputando duas posições: a compreensão funcionalista depositava na participação comunitária a expectativa de resolver o problema dos grupos marginalizados do processo de crescimento do país, mantendo-se intacta a questão do desenvolvimento social; enquanto a visão democrática compreendia a participação como instrumento de democratização, o qual busca novos canais de expressão e de oportunidades de confronto entre os grupos sociais, visando influir no processo de contínua mudança a que está sujeita a vida e o desenvolvimento social no país.³

A influência da conjuntura internacional, experiências internas dos últimos anos, a queda do regime militar e a efervescência dos movimentos sociais dão origem ao movimento em prol de sistemas nacionais de saúde pública, eclodindo o projeto político da Reforma Sanitária. Posto isso, ocorre, em 1986, ocorre a 8ª CNS, pela primeira vez com representação e participação popular organizada, propondo, a partir de reforma financeira, setorial e administrativa, que a saúde fosse considerada direito universal resultante das condições de vida e do acesso às políticas sociais.³

Em 1988, a Constituição Federal estabelece a saúde como direito e, em 1990, a LOS institucionaliza a participação social através dos conselhos e conferências de saúde. A Lei 8.080 estabelece como princípios do SUS a universalidade, integralidade e equidade; os subsistemas da rede e os princípios organizativos: participação popular, descentralização e regionalização. Já a lei 8.142 dispõe sobre o financiamento e participação popular. Dessas legislações decorreram políticas que estruturaram o controle social e estabeleceram seus mecanismos e competências nas três esferas de governo.^{1,3}

A POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PNGEP) orienta as ações de governo na promoção, qualificação e aperfeiçoamento da gestão das políticas públicas no âmbito do SUS. Além disso, propõe mecanismos para o controle e participação da comunidade no sistema.¹

É extremamente importante para fortalecer a cidadania, o protagonismo popular e ampliar os espaços de escuta, debate e consolidação coletiva dos saberes e práticas, a fim de enfrentar as iniquidades do sistema e propor soluções a partir das sugestões e demandas de quem possui as necessidades de saúde.¹

A PNGEP se fundamenta em duas instâncias: as instâncias de avaliação e monitoramento, que contribuem para a gestão participativa com mecanismos contínuos que lidam com profissionais e usuários, em um aprimoramento gradual e constante; são do tipo *auditoria* - avaliação preventiva e operacional, verificando se os processos ocorrem devidamente com base em critérios técnicos, operacionais e legais - e *ouvidoria* - um canal direto de diálogo do cidadão com o Estado; possibilita informações, avaliações, críticas e aperfeiçoamento dos serviços e das políticas públicas.⁴

As instâncias colegiadas são mais aproximadas dos cidadãos; visam ao fortalecimento da cidadania, oportunizado acompanhar as ações dos governos e cobrar uma boa gestão pública. São elas os conselhos e as conferências de saúde.¹

Os Conselhos de Saúde são regulamentados pela Resolução CNS 453/2012 e consistem em instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de governo. São espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde e atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.⁵

São organizados em composição paritária de usuários em relação aos demais segmentos, com representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde. A função de membro do Conselho é considerada exercício de relevância pública, por isso garante dispensa do trabalho e não é remunerada.⁶ A atuação dos conselhos envolve dois grupos de responsabilidade: um grupo de formulação de políticas de saúde, de caráter proativo, que discute necessidades de saúde e define prioridades das políticas; e outro grupo de controle social, que acompanha e fiscaliza as políticas de acordo com os princípios do SUS.⁶

As decisões são tomadas por maioria, em reuniões mensais e abertas ao público. O pleno do conselho se manifesta por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.⁶

Já as Conferências de Saúde são a maior instância deliberativa do controle social; são de caráter ascendente e também têm composição paritária que abrange diversos segmentos dos setores sociais e de saúde. Seu caráter é quadrienal e propositivo, também atuando nos níveis local, municipal, estadual e nacional. As ações devem atender ao objetivo de produzir avaliações sobre a situação de saúde da população e, a

partir disto, definir diretrizes para a formulação de políticas e programas de saúde para a respectiva esfera de governo.⁷

A partir da implementação da legislação participativa, outros mecanismos de participação também foram previstos, tais quais os conselhos de políticas públicas, conferências, mesas de diálogo, fóruns de debate, audiências públicas, orçamentos participativos, dentre outros.¹

DIREITOS E DEVERES DA PESSOA USUÁRIA DA SAÚDE

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 553 estabelece os direitos e deveres do usuário do SUS, que constituem a Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde. Dispõe-se abaixo os títulos, que, na resolução, são dotados de artigos mais explicativos acerca das garantias.

1. Acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.
2. Direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada.
3. Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.
4. Toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.
5. Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.
6. Toda pessoa tem direito a participar dos Conselhos e Conferências de Saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL

Essa política tem como objetivo principal ampliar e qualificar a participação da comunidade na formulação, gestão e controle social das políticas públicas de saúde. Assim, visa atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no SUS. Para isso, é baseada em cinco eixos estruturantes: participação Social; financiamento da participação e do controle social; intersetorialidade; informação e comunicação em saúde; legislação do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto das vivências do PET- Saúde: Interprofissionalidade, do Ministério da Saúde em parceria entre a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB-FCE) e a Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS DF), durante o ano de 2019. O objetivo do PET é formar grupos de aprendizagem que contribuam para a implementação de mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde, considerando-se estratégias

alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde; e a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino, promovendo a educação interprofissional e as práticas colaborativas em saúde.

O foco deste relato é a reflexão sobre a intervenção realizada pelo grupo 2 do PET, no contexto da Unidade Básica de Saúde nº1 da cidade de Sol Nascente, no Distrito Federal. A captação da realidade é uma aproximação e, nunca, um conhecimento total da mesma, uma vez que é dinâmica e, por isso, precisa sempre ser revisitada. Esse tipo de estudo tem como finalidade aproximar o ensino e a produção dos serviços de saúde, buscando a relação prática – teoria – prática.¹⁰

A atividade foi desenvolvida por meio de educação em saúde com usuários adscritos à UBS, na modalidade de sala de espera. A educação em saúde tem como finalidade aproximar a comunidade dos profissionais e humanizar o cuidado. Em geral, baseia-se em atividades de prevenção e promoção da saúde. É uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe, constituindo uma estratégia fundamental no serviço, pois proporciona informação e potencializa discussões e reflexões sobre ações do cotidiano para a manutenção da saúde, levando os indivíduos a serem autônomos e protagonistas da sua própria saúde. Ademais, é realizada a partir das demandas dos usuários, conforme planejamento da equipe, e deve utilizar abordagens adequadas às necessidades deste público.¹¹ Para a atividade, foi confeccionado e entregue aos usuários um folder contendo os conteúdos supracitados de forma didática e abrangendo dados e contatos dos mecanismos de controle social do território.

A sala de espera é um ambiente propício à prática de educação em saúde, pois é onde a comunidade é inicialmente acolhida e expressa suas questões de saúde. Uma atividade conduzida nesse espaço favorece conversas, trocas de experiências, observação e expressão, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo, com vistas à integralidade, ao desenvolvimento do autocuidado e à constituição da cidadania. A implantação de atividades nesse ambiente visa impactar favoravelmente na vida do usuário, mobilizando uma oportunidade de aprendizado, mudando vinculações com a Unidade Saúde da Família (USF) e tornando esse momento de espera uma contextualização prazerosa.¹¹

Com os profissionais, foi realizada educação permanente, na modalidade de exposição dialogada sobre os mesmos conteúdos. A perspectiva da educação permanente aparece como um princípio reorganizador de todo o processo educativo vivenciados pelos trabalhadores no e do sistema. Propõe-se a superar as concepções dominantes e as práticas escolarizadas, disseminando novas práticas de formação e valorizando as aprendizagens advindas das situações de trabalho, das reflexões dos coletivos que discutem os programas e ações do sistema, incluindo os conselhos locais de controle social, espaços de participação popular e democrático e, portanto, de reflexão crítica sobre a condução do sistema. Esse tipo de atividade educativa valoriza as situações advindas dos processos de trabalho, sendo possibilidade de problematização destes contextos que levam o trabalhador a adquirir um novo saber.

Assim, modifica as estruturas e os processos de trabalho, qualificando-os quanto ao atendimento das demandas sociais, que requerem intervenções técnico-operativas.¹²

OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada no contexto do PET Saúde: Interprofissionalidade, refletindo sobre a contribuição das atividades educativas acerca do controle social no SUS para o aprimoramento da participação comunitária na política de saúde pública.

A EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

A UBS que tivemos como cenário de prática é localizada na periferia do DF. Isto recrudescer vários aspectos que caracterizam a observação da realidade local. Em todo o País, a atenção primária está em situação crítica, com equipes desconstituídas, falta de insumos, estruturas precárias e desvalorização profissional. Na localidade de nosso cenário, a organização da atenção primária sofreu sérias interferências políticas e acompanhamos a repercussão: territorialização desestruturada e incompatível com a realidade da comunidade; quebra de vínculo das equipes com uma comunidade habituada a determinada conformação de assistência; sobrecarga das equipes com o acúmulo de áreas que deveriam receber uma nova unidade em vez de serem incorporadas sem planejamento às já existentes.

Essa conjuntura se alia ao perfil socioeconômico da população, personalizado pela negligência do Estado no que tange ao acesso da comunidade marginalizada às políticas públicas, sobretudo educação, segurança e saúde. Isto implica que seja um povo alheio ao conhecimento de parte de seus direitos e possibilidades de participação popular – o que faz com que sejam vítimas de uma condução elitista das políticas públicas, refletindo na falta de garantia dos princípios do acesso e da equidade prezados pelo SUS. Por isso a decisão de conduzir nessa comunidade ação educativa voltada ao controle social. Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido destas 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.²

Atrelado ao panorama socioeconômico, observamos que o cotidiano da UBS estava permeado por uma rotina tensa, com muitas reclamações dos usuários e servidores. Na maioria das vezes, os usuários direcionam aos profissionais queixas institucionais cuja resolução não é de domínio de quem está na assistência - essa situação gera conflitos entre equipe e paciente, fragilizando o vínculo; desgastes para os usuários, que não se sentem acolhidos e deixam de confiar no SUS; degradação da saúde mental e da motivação dos servidores, que não podem solucionar e também sofrem em decorrência das problemáticas.

O esgarçamento das relações entre equipes e usuários é consequência de falhas de comunicação, deficiências na habilidade de acolhimento por parte da equipe e, principalmente, falta de conhecimento de todos esses atores acerca do fluxo correto de encaminhamento das reclamações. É evidente que esses aspectos não são fatores isolados, mas constituem uma complexa rede de causalidades que leva tanto às problemáticas que são alvos de queixa, quanto a essas debilidades dos profissionais no trato com a comunidade.

Dessa forma, compactuamos que seria ineficaz formar a população sem também nos voltarmos à reparação do déficit de conhecimento das equipes acerca de seu papel ativo na construção do sistema. A sobrecarga de trabalho distancia os profissionais da participação social e retroalimenta um ciclo de ineficiência na solução dos problemas transversais que perpassam a saúde pública. Além disso, também é comum observar que as equipes encaram as reclamações da comunidade como algo pessoal – tanto quando ocorrem informalmente, quanto quando acontecem pelos devidos mecanismos de controle social.

A educação em saúde na sala de espera foi desafiadora: era preciso captar a atenção de usuários já insatisfeitos com as circunstâncias de espera – pois o local é fora da unidade, em virtude de seu tamanho -, com a estrutura de atendimento – uma vez que a unidade é rodeada por grades e mesas bloqueando o espaço físico, dado o histórico de invasões e agressões de um território vulnerável à violência urbana – e exaurida pelos conflitos com a equipe. A distribuição do panfleto e o início do diálogo a partir dele facilitou o primeiro contato, abrindo espaço para que os abordássemos a partir de questionamentos sobre como se sentiam durante a espera, como era o atendimento, se estavam satisfeitos com a unidade, o que achavam dos profissionais, se suas demandas eram satisfeitas e se consideravam o SUS um bom sistema.

Dizer que gostaríamos de compartilhar informações sobre como melhorar o sistema e encaminhar as reclamações que foram manifestadas colaborou para dirimir a timidez da comunidade, que logo passou a realizar suas considerações, sendo as mais comuns a compreensão de que a culpa das debilidades do sistema é do governo, que não aplica devidamente o investimento oriundo dos impostos da população; e o relato de que reclamam e brigam bastante nas unidades, mas nunca são atendidos. Também foi possível notar desconhecimento sobre a atuação das categorias de saúde, uma vez que alguns retrataram insatisfação com o encaminhamento à enfermagem, o que é explicado pela perspectiva de que a resolutividade das demandas de saúde-doença só é garantida pelo atendimento médico, consequência da cultura biomédica incentivada na sociedade. Essa colocação suscitou debate entre os próprios usuários, com uma maioria demonstrando maior satisfação com o atendimento de enfermagem e relatando se sentir melhor ouvida e contemplada.

Através da problematização dessas narrativas, conduzimos as pessoas às respostas para suas questões. Chegou-se, coletivamente, à conclusão de que: a unidade não é o local adequado para as reclamações, a não ser que tenha conselho de saúde ou

ouvidoria local; o acesso aos mecanismos de controle social não são burocráticos e pode ser feito via smartphone, o que estava a todo tempo nas mãos dos usuários, demonstrando a facilidade do acesso; a participação de todos no controle social potencializa a resolutividade dos problemas, pois a coletivização das queixas gera uma demanda institucional que chama a atenção da gestão e deve ser solucionada; a contribuição ativa da comunidade nos conselhos de saúde é mais eficiente do que apenas as reclamações, pois é a população que deve dizer a maneira mais realista de solucionar os problemas que apresenta por ter propriedade acerca dos condicionantes e determinantes de seu processo saúde-doença.

A atividade possibilitou examinarmos a consequência do afastamento dos conselhos de saúde do território, por terem se tornado espaços de disputa institucional, burocratizados e consideravelmente menos referenciados na comunidade. Assim, deixaram de educar a população para um papel ativo no sistema de saúde, reforçando a lógica corporativa que tomou conta da saúde pública e abre caminhos para a mercantilização característica do sistema neoliberal.

Com os profissionais, a educação permanente ofereceu, também, percepções ricas e desnudou barreiras que tanto refletem o sucateamento do sistema de saúde quanto o reforçam. É notório o cansaço da equipe, desmotivada com o trabalho e desacreditada do sistema. Parte demonstrou desconhecer os mecanismos de controle social, embora lembrasse de algum contato com o tema durante a graduação; outra parte referiu conhecer, mas não se sentir motivada a participar, justificando estar cansada do serviço e não querer assumir mais uma demanda e até mesmo se sentir perseguida quando provoca conselhos de saúde ou entidades de classe. É inevitável também perceber falhas de formação, decorrentes da negligência da gestão da rede de saúde em relação à educação permanente e continuada.

A colocação da equipe de que aposta nos profissionais do futuro para desempenhar esse papel ativo foi, simultaneamente, estimulante e incômoda. Isto porque são os profissionais do presente os responsáveis por solucionar as demandas da população e garantir assertividade ao SUS. É sabido que esse processo não é isolado, mas perpassado por questões políticas, sociais e econômicas que o tornam dialético. Contudo, é importante que haja a retomada do senso contestatório dos profissionais de saúde, de modo que participem do controle social e incitem a comunidade a fazer o mesmo.

Encerramos a atividade com o sentimento de dever cumprido após um momento de escuta ativa, acolhimento das insatisfações dos profissionais, problematização e da manifestação da equipe de que agora saberá direcionar seus pacientes ao fluxo correto das manifestações, buscando corrigir as falhas e fortalecer o sistema.

Os programas educativos nos garantiram a percepção de que é válido contribuir com o sistema de saúde. Mesmo diante de tantas queixas e desânimo, fomos estimuladas pelo propósito de empoderar a comunidade e resgatar a motivação de

profissionais cansados e desvalorizados, mas essenciais à construção da qualidade de vida de um povo marginalizado e negligenciado pelas políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é a maior política pública do mundo. Por ser universal e, ainda, por assumir como espinha dorsal a participação popular, o sistema de saúde brasileiro possui potencialidades ímpares. Contudo, a abertura, desde sua origem, para as políticas neoliberais fragilizam o sistema, resultando em um processo intenso de desmonte e sucateamento, que visa ao favorecimento das grandes empresas e do lucro em detrimento da universalidade da preservação da vida.

O controle social é indispensável à formulação das políticas de saúde, à fiscalização da condução dessas políticas e ao combate à destruição da essência do sistema de saúde – sendo imprescindível para a garantia da equidade e do acesso à política pública de saúde pelas populações mais vulneráveis. Ainda que a participação popular tenha sido a base mais importante da estruturação do SUS, atualmente os mecanismos de controle social estão distantes das comunidades e não são objeto da formação dos profissionais que atuam na saúde, enfraquecendo a construção popular ativa do sistema e destituindo o SUS dessa importante ferramenta de edificação da saúde pública.

As consequências disso são a retroalimentação do processo de desmonte do sistema e o desgaste das relações entre as equipes de saúde e a comunidade, perpassado pela sobrecarga profissional e pela carência da população no tocante à satisfação de suas demandas. Observando essa realidade, atividades de educação em saúde e educação permanente podem suprir o afastamento dos conselhos de saúde da população, até que se conclua a retomada desses espaços pela essência democrática.

Embora as tentativas de aprimoramento do sistema consistam em um processo gradual e atravessado pelos fatores que o fragilizam - ratificando a luta em defesa do SUS como uma dinâmica dialética inserida em condições materiais desfavoráveis - é imprescindível que o povo seja informado sobre os mecanismos de controle social e formado para neles atuar. A participação social é a via mais adequada para a fiscalização e construção equitativa não só da saúde, mas de todas as políticas públicas; não se trata apenas de um espaço formal, mas deve ser interpretado e utilizado como cenário para promoção de mudança e controle popular do Estado.

O controle social do SUS não deve permanecer como uma ferramenta burocratizada, espaço de disputas estritamente institucionais e protagonismo de figuras públicas para a satisfação das políticas neoliberais do Estado burguês, mas deve voltar a ser espaço de atuação da comunidade vulnerável, das minorias sociais e de todos que vislumbram a concepção de um Estado igualitário e a manutenção da saúde pública universal.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44p.
2. SOUZA, M. D. F. E; FERREIRA, T. D. F; OLIVEIRA, Ronally Dart. **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.
3. COSTA, AM., and VIEIRA, NA. 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]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.
4. BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ouvidoria Geral do SUS. Pacto de Gestão e da Política Estratégica e Participativa PARTICIPASUS. Capacitação aos ouvidores Regionais de Saúde. Cascavel: SGEF, 2012
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde : a responsabilidade do controle social democrático do SUS – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
6. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 100 p.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 553, DE 09 DE AGOSTO DE 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde– SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
10. Azevedo IC, Vale LD, Araújo MG, Cassiano AN, Silva HS, Cavalcante RD. Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2014; (4): 1048-1056.
11. PINTO, L. *et al.* Sala de espera: espaço para educação em saúde . **REFACS:** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, Minas Gerais, v. 6, n. 3, p. 500-507, ago./2018.
12. FERNANDES, Rosa M. Castilhos. (2016). Educação Permanente e Políticas Sociais. Campinas-SP: Papel Social.