

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE HÍDRICA NO SEMIÁRIDO:  
ANÁLISES SOBRE O PROCESSO DE PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO POTIGUAR**

*Francisco Edmilson Dias Araújo*  
Universidade Cândido Mendes (UCAM)  
[edmilson\\_araujo@rn.gov.br](mailto:edmilson_araujo@rn.gov.br)

*Fernanda Araújo Queiroz*  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)  
[nandaraujoq@gmail.com](mailto:nandaraujoq@gmail.com)

*Francisco Marcilio de Carvalho França*  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN)  
[fmarciliocf@hotmail.com](mailto:fmarciliocf@hotmail.com)

*Lucas Lenin Sabino Angelo*  
Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)  
[lucasleninsa@gmail.com](mailto:lucasleninsa@gmail.com)

**GT 04: DESENVOLVIMENTO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO  
SEMIÁRIDO**

**Resumo**

Este estudo se propôs a avaliar as contribuições da participação social na elaboração de políticas públicas de saúde que tragam impactos sobre a sustentabilidade dos recursos hídricos para a região do semiárido. Realizou-se um estudo de caso sobre um município do interior do Estado do Rio Grande do Norte, avaliando-se o monitoramento hídrico dos dois últimos anos e os instrumentos de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde no nível municipal, bem como o papel das instâncias colegiadas (Conselho e Conferências de Saúde) nesse processo. Identificou-se que a conjuntura histórica e cultural prejudica a orientação de políticas públicas efetivas no semiárido por não valorizar suas potencialidades e a identidade social dos indivíduos que dele fazem parte. Percebeu-se que, apesar de ser essencial e necessário, o controle social não possui a devida estruturação nem, portanto, a devida autonomia, ficando a participação social restrita a discussões pontuais que não aproveitam todas suas potencialidades. Mesmo sendo presente e recorrente na realidade cotidiana, a crise hídrica não é percebida como uma atividade comum a ser resolvida em conjunto de maneira participativa por meio de discussão com vários segmentos. A noção de cidadania não é tão presente ou tão bem entendida e a população não possui consciência de que só haverá representatividade quando houver maturidade social. A construção da educação para a cidadania e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos tende a ser o caminho para a construção da sustentabilidade.

**Palavras-chave:** Semiárido; Recursos Hídricos; Sustentabilidade; Políticas Públicas de Saúde; Participação Social.

## 1 Introdução

É notório que as questões ambientais têm se tornado constantemente pauta de discussões e de preocupação por parte da sociedade, devido às evidências de que as condições climáticas mudaram muito nas últimas décadas e cada vez mais eventos imprevistos acontecem com uma regularidade maior, tornando-se verdadeiras catástrofes.

No entanto, ao que parece, as discussões não se efetivaram como o esperado ou a questão ambiental parece ter menor importância diante da cultura de crescimento econômico a todo custo que as sociedades globais têm adotado nas últimas décadas. Um exemplo é a pouca relevância atribuída a questões como a escassez de recursos hídricos em regiões semiáridas, que acarreta problemas sociais tratados com medidas paliativas e pouco estruturais.

Segundo discutem Baptista e Campos (2013), a expressão “semiárido” indica que se trata de uma região caracterizada pela aridez que, por sua vez, é relacionada a diversos fatores como a pouca chuva que cai na região, o alto índice de evaporação e o péssimo sistema de armazenamento dessa água. Aliado a isso, questões como o modo histórico de exploração da terra, o desmatamento, a prática predatória para com os rios e a terra, além da contaminação do solo e das águas contribuem para o agravamento desse cenário.

Conforme destaca o “Guia de Políticas e Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome”, a água é de importância vital para as pessoas, sendo o principal alimento para o corpo. O acesso à água potável no próprio domicílio permite aumentar o tempo dedicado à família, ao trabalho e à educação dos filhos, além de reduzir a incidência de doenças provocadas por água poluída ou contaminada (BRASIL, 2011).

Assim, a estruturação de políticas públicas voltadas à gestão e sustentabilidade dos recursos hídricos precisa ser uma estratégia intersetorial e envolver também a sociedade civil como ator principal nesse processo, de modo a perceber as reais necessidades e intervir em áreas que sejam prioritárias para resolver as questões sociais mais críticas na comunidade.

No que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta de organização em redes busca fortalecer processos de cooperação e ampliar o grau de cogestão entre atores, pactuando as responsabilidades sobre a produção de saúde (TEIXEIRA, 2005). Assim sendo, a construção de espaços de diálogo com a sociedade civil e outras organizações sociais além da gestão local é um dos passos essenciais para a concretização das políticas públicas de saúde.

A aprovação do Pacto pela Saúde 2006, instituído pela Portaria GM/MS nº 399, de 22

de fevereiro de 2006, destacou a necessidade da participação de diferentes atores sociais (gestores, prestadores de serviço, trabalhadores e usuários da saúde) na efetivação da política única de saúde no Brasil. Composto por três componentes (Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida), o Pacto pela Saúde reforçou a relevância dos conselhos e das conferências de saúde, reafirmando a importância da participação e do controle social nos processos de negociação no SUS (BRASIL, 2006).

Porém, o que se percebe é que a constituição do sistema de saúde em rede, conforme relatam diversos estudos, ainda possui muitos desafios que vão desde o financiamento à efetiva participação social no planejamento das políticas de saúde, sendo os mais relevantes: necessidade de percepção da saúde como um direito (GASTAL; GUTFREIND, 2007); participação voluntária sem haver suporte estrutural ou mesmo incentivo moral, além de os segmentos detentores de conhecimento e capacitação possuírem maior peso nas decisões por conferirem uma linha técnica à discussão e excluir os não familiarizados com os termos científicos (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006); as características históricas da cultura clientelista e paternalista gerando a ideia de que a participação pode trazer algum privilégio para o grupo específico que representa (BODSTEIN, 1993); a resistência de instituições governamentais em trabalhar com os novos atores sociais (SANTOS FILHO; GOMES, 2007); uma concepção de gestores e profissionais de que o usuário seria incapaz de contribuir (OLIVEIRA, 1996).

Sendo assim, o presente estudo se propôs a analisar a contribuição da participação social para a formulação de políticas públicas de saúde com diretrizes efetivas sobre a sustentabilidade hídrica, tomando por base um município do interior do Estado do Rio Grande do Norte que, como diversos outros da mesma região, padece com a escassez de água nos últimos anos.

Para isto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental que partiu dos seguintes objetivos específicos: refletir sobre a sustentabilidade hídrica e a participação social nas políticas públicas de saúde do semiárido; analisar dados referentes à situação volumétrica dos reservatórios monitorados na Bacia Apodi/Mossoró; avaliar os instrumentos de planejamento da saúde descritos na Portaria GM-MS n.º 2135/2013 (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) do município em questão, no que se refere aos recursos hídricos; perceber ligações entre o Plano de Saúde e as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, conforme disposto na referida Portaria. Por fim, traçam-se as considerações finais sobre os resultados da pesquisa.

## **2 A sustentabilidade hídrica e a participação social nas políticas públicas de saúde no semiárido potiguar – um estudo de caso**

Como discutido anteriormente, a efetividade das políticas públicas de saúde depende da integração e participação dos diferentes atores envolvidos no cenário local, de maneira intersetorial. Nessa vertente, será dissertado a seguir acerca da construção de políticas públicas de saúde com estratégias voltadas para a sustentabilidade hídrica no semiárido.

### **2.1 Políticas públicas, cidadania e sustentabilidade hídrica no semiárido**

O semiárido brasileiro é uma extensa faixa territorial demograficamente densa, que compreende uma área de aproximadamente 80% do território nordestino brasileiro (abrangendo parte dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), além do Norte de Minas Gerais e Espírito Santo e o Leste do Maranhão (CONTI, 2013).

Atualmente, a nova composição do mapa do semiárido, definida pela Resolução 107, conta com 1.189 municípios sendo 147 destes do Estado do Rio Grande do Norte, conforme lista do Anexo A da referida resolução (SUDENE, 2017). Para ser considerado apto à inclusão na lista o município deve pertencer à área de atuação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE – e possuir, em qualquer porção de seu território, pelo menos um dos critérios elencados na Resolução, referentes a precipitação pluviométrica média anual, índice de aridez e percentual diário de déficit hídrico.

Nesse contexto, marcado pela insuficiência de chuvas e temperaturas elevadas, a questão hídrica reflete diretamente nas condições naturais e sociais da população, principalmente no que diz respeito à subsistência e à manutenção de condições de saúde adequadas. Conti (2013) pondera também que fatores históricos como a concentração da terra e da água favoreceram uma dominação política baseada no autoritarismo, no paternalismo e no clientelismo.

Na mesma linha, Malvezzi (2007) discute que, apesar de ser a maior e mais populosa região semiárida do planeta, é também a mais chuvosa e, ao mesmo tempo, a que possui condições de vida mais precárias. Isso reflete em um processo social que “não se pode compreendê-lo de um ângulo só. Traz consigo uma identidade cultural para além do clima e do bioma” (MALVEZZI, 2007, p. 9).



O que se percebe é uma supervalorização da problemática da seca, mas com foco apenas no período de estiagem, sem se preocupar com a conservação das reservas naturais e o armazenamento das águas da chuva. Conti (2013) defende que a concepção da seca como um problema do semiárido acaba por direcionar a execução de políticas que perpetuam e até agravam os problemas ambientais, econômicos, sociais e políticos, fundamentando a chamada “indústria da seca”, que não problematiza nem procura entender a semiaridez desde suas origens e as múltiplas possibilidades de se conviver com o semiárido.

A histórica configuração social se constitui em manter uma dependência política, na qual apenas o governo deve ser responsável pela gestão dos serviços e pela definição de prioridades, sem estímulo à autonomia dos sujeitos. Nas palavras de Malvezzi (2007):

Não é cidadão alguém que depende de um político até para beber um copo d’água. [...] No Nordeste, os políticos que controlam o poder local têm uma longa experiência no exercício desse poder. São hábeis na manipulação das necessidades humanas. Os três esteios básicos do controle sobre a população são a fome, a sede e a saúde (MALVEZZI, 2007, p. 16).

Desse modo, a constituição de políticas públicas voltadas à dinâmica territorial e social do semiárido carece de percepção das necessidades de vida da população, da elaboração de estratégias eficazes de gestão dos recursos hídricos e, principalmente, educação ambiental para a cidadania. Conforme alerta Stotz (1995), a desigualdade social impõe uma destruturação do conceito de cidadania, no qual o sentido muda de acordo com a condição social, a situação de trabalho ou pertencimento a sistemas de seguridade social.

O estudo de Silva, Luz e Genz (2011) demonstra a importância da sustentabilidade hídrica, ao analisar pesquisas que revelam a influência das alterações climáticas no consumo de água, nos processos de desestabilização de margens de rios e descarga de sedimentos, na qualidade e disponibilidade das águas que demandará cada vez mais o envolvimento de vários atores no processo de aprendizagem social de modo a alcançar equilíbrio entre a disponibilidade e a demanda, bem como a proteção do meio ambiente e da saúde pública, como a redução de descarga de poluentes, por exemplo.

Avalia-se que uma parte importante do total de doenças em todo o mundo (cerca de 10%) poderia ser prevenida por melhorias relacionadas à água potável, saneamento, higiene e

gestão de recursos hídricos (PRÜSS-ÜSTÜN et al. 2008). A gestão hídrica sustentável beneficia não só a distribuição e o acesso à água, como proporciona a garantia na qualidade, uma vez que o armazenamento incorreto e a falta de tratamento adequado são problemas sérios para a saúde pública.

Os principais exemplos para ilustrar enfermidades relacionadas com a água são (BRASIL, 2006a): as de veiculação hídrica, transmitidas pela ingestão de água contaminada (diarreias e disenterias – como cólera e giardíase, febre tifoide e paratifoide, leptospirose, amebíase, hepatite infecciosa e ascaridíase); as que estão associadas à falta de água e as consequentes limitações na higiene pessoal (infecções na pele e nos olhos, como o tracoma e o tifo relacionado com piolhos, e a escabiose); as verminoses (como a esquistossomose); e ainda aquelas transmitidas por vetores que se relacionam com a água (malária, febre amarela, dengue, filariose).

Logo, a demanda por água potável para o consumo humano demanda, mais que ações pontuais, o desenho de políticas públicas intersetoriais que abranjam condições ambientais, econômicas, sociais e de saúde favoráveis, bem como que garantam a participação social e atenda efetivamente às necessidades da população.

## 2.2 Políticas públicas de saúde e participação social

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), formalizou a saúde como direito fundamental do indivíduo, devendo ser garantido pelo Estado. A mesma lei estabelece que a organização social e econômica do país é expressa pelos níveis de saúde, tendo como seus determinantes e condicionantes o acesso aos bens e serviços essenciais: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, educação, trabalho e renda, lazer, entre outros (BRASIL, 1990).

Além disso, a legislação destaca como dever do Estado a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo entre seus princípios a preservação da autonomia das pessoas e a participação da comunidade nesse processo.

Com a Lei n.º 8.142/90 definiu-se a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo como instâncias colegiadas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, garantindo a representatividade dos diversos segmentos sociais na avaliação da situação de saúde e na proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde, bem como para

formulação de estratégias e para controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990a).

Dessa forma, fica evidente, além da importância, a necessidade da participação social na elaboração de políticas públicas de saúde, de forma a estabelecer diretrizes e metas que sejam condizentes com a condição percebida pelos usuários dos serviços. Nesse sentido, a Lei n.º 8.142/90 estabelece também como requisitos para vinculação de recursos a elaboração de relatórios de gestão e do plano de saúde, este definido na Lei n.º 8.080/90 como base das atividades e programações no âmbito do SUS.

Por meio da Portaria GM/MS n.º 2135/2013, foram estabelecidas as diretrizes para o processo de planejamento e gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo definidos como seus instrumentos de gestão (BRASIL, 2013): o Plano de Saúde (considerado o instrumento central de planejamento e que deve considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, além de garantir transparência e visibilidade na sua elaboração, mediante incentivo à participação popular); as respectivas Programações Anuais de Saúde - PAS (instrumentos que operacionalizam as intenções expressas no Plano e direcionam as suas metas ao longo dos 4 anos de vigência); e o Relatório de Gestão (elaborado anualmente, ao final de cada exercício, permitindo ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde).

Valla e Stotz (1994) expõem que o complexo cenário da saúde envolve inúmeros atores e é preciso perceber a necessidade de troca e cooperação, reconhecendo que cada um ocupa uma posição diferente, singular e importante. Bodstein (1993) avalia que o nível local, por ser palco de questões concretas sobre saúde e da interação entre agentes sociais, é um espaço privilegiado para constituir-se atores e construir identidades coletivas.

Por isso, a participação social na gestão deve ser uma conquista pelo envolvimento dos atores nas discussões e na elaboração de diretrizes norteadoras. Ribeiro (1989) assente que o surgimento de um movimento social está atrelado à construção de uma identidade social baseada em duas dimensões: uma estrutural (referente às condições objetivas da situação de carência e exclusão) e outra cultural (por meio da tomada de consciência coletiva e da percepção da possibilidade de busca por melhores condições).

Isso reflete numa construção de valores e na formação de uma visão de mundo que identifica os sujeitos com a sua própria história. Mas, para isto, é preciso romper com duas questões históricas que marcam a sociedade ao longo dos anos, como destacam Valla e Stotz

(1994): a visão clientelista de que ações públicas em saúde são favores do governo e a visão de que a saúde é uma responsabilidade individual.

Valla (1998) pondera que a prática institucional não substitui a ação política dos movimentos sociais, mas que se soma às demais manifestações dos sujeitos coletivos em busca de saúde e qualidade de vida, de modo que as “múltiplas ações” das “diferentes forças sociais” são relevantes e se complementam. No entanto, é preciso que seja ampliado o conceito de participação e seus arranjos políticos para que não se perca a riqueza do pensamento popular dentro dos padrões do sistema (FEUERWERKER, 2005) e a participação popular não seja abandonada.

Portanto, a compreensão de que a dinâmica social está inter-relacionada com o processo saúde-doença e todas as variáveis do ambiente na qual o indivíduo está inserido é o primeiro passo para a mobilização popular pelo direito à saúde. Não há como pensar na elaboração de políticas públicas voltadas para uma população sem considerar a colaboração de todo o coletivo que dela participa.

### 2.3 Métodos e resultados da pesquisa

Para a operacionalização desta pesquisa utilizou-se o modelo metodológico proposto para análises qualitativas por Miles e Huberman (1994), seguindo três etapas: redução, exibição e conclusão/verificação. A seguir estão descritos os procedimentos utilizados para cada etapa, respectivamente:

- Coleta, seleção e simplificação dos dados obtidos em bancos de dados públicos disponíveis na internet;
- Organização sistemáticas dos dados observando suas semelhanças, diferenças e inter-relacionamento;
- Elaboração de análises sobre as informações, com base nos objetivos pré-definidos.

A coleta dos dados se deu a partir dos respectivos registros estatísticos e registros institucionais escritos disponíveis nas seguintes fontes:

- Instituto de Gestão das Águas do Rio Grande do Norte (IGARN), autarquia vinculada à Secretaria de Estado do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos (SEMARH): Situação Volumétrica de Reservatórios (Açudes, Barragens e Lagoas) com capacidade superior a 5.000.000 m<sup>3</sup>, monitorados (Disponível



em: <http://sistemas.searh.rn.gov.br/MonitoramentoVolumetrico/>);

- Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS): Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), com dados disponíveis referentes ao Relatório Anual de Gestão 2014, ao Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e à Programação Anual de Saúde 2014 (Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/>);
- Conselho Nacional de Saúde: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) com dados referentes ao Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde 2015 (Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/>).

A situação hídrica parece ser uma questão presente na maioria dos municípios da região. Dos 18 (dezoito) reservatórios monitorados pelo IGARN na Bacia Apodi/Mossoró, em agosto/2017:

- 7 (sete) já estavam com volume 0,0%;
- 3 (três) outros com volume abaixo de 1,0%;
- 4 (quatro) com volume entre 1,0% e 7,0%;
- 2 (dois) com volume entre 15,0% e 16,0%;
- 1 (um) com volume próximo a 36%;
- 1 (um) com volume pouco superior a 55%.

Cabe destacar que os dois reservatórios com percentual entre 15 e 16 por cento de volume são os maiores da região e que abastecem a maioria dos outros municípios sem água superficial disponível. Os dois últimos apresentam capacidade e volume atual menor que outros com volume zerado, sendo que o último é o menor da região e não apresenta condições para abastecimento de outros municípios.

No caso específico em questão, percebeu-se, pelos dados obtidos, que o reservatório de água do município apresenta uma situação volumétrica muito aquém do seu volume morto desde o ano de 2015, sendo que no período de agosto/2015 a agosto/2017 não chegou a atingir 0,5% da sua capacidade total de água. No mês de janeiro/2016 encontrava-se com volume de 0,0%, perdurando até março/2016 e voltando a se repetir logo em outubro/2016, como permanece até agosto/2016. Avalia-se, portanto, que é uma situação que se repete ao longo dos anos e que necessitaria de políticas públicas efetivas direcionadas para a questão.

Quanto aos instrumentos de planejamento das políticas de saúde, nota-se que o município possui Plano de Saúde atual (2014-2017), sendo este o último ano de vigência. A caracterização do município contida no referido documento relata a peculiaridade do clima semiárido, “cujas principais características são a baixa nebulosidade, a forte insolação e as elevadas temperaturas, o que ocasiona em elevados índice de evaporação e grande déficit hídrico” (Fonte: Dados da Pesquisa, 2017).

No entanto, não foram identificadas metas ou ações relacionadas à situação hídrica do município, como campanhas de educação em saúde ou relacionadas a políticas específicas sobre as doenças transmitidas pela água, exceto ações direcionadas à Promoção e Vigilância em Saúde para programas específicos do Ministério da Saúde (Controle da Dengue e Vigilância da Água):

- 22) Reduzir para menos de 1% o Índice de Infestação Predial-IIP pelo Aedes Aegypti no município com homogeneidade por extrato e zona.
- 23) Reduzir o número de óbitos por dengue; (Indicador 51: SISPACTO/COAP)
- 24) Realizar 80% de visitas domiciliares em seis ciclos para controle do dengue; (Indicador 52: SISPACTO/COAP)
- 25) Realizar pelo menos 90% do número de análises obrigatórias realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes fecais, cloro residual livre e turbidez; (Indicador 53: SISPACTO/COAP)
- 26) Realizar a Vigilância da Qualidade da Água para o consumo humano (Sistemas de Abastecimento de Água, Soluções Alternativas e individuais de Abastecimento de água, de acordo com a Portaria 2.914/2011, fazendo as coletas e análise da água;
- 27) Alimentar o SISAGUA com dados da vigilância e controle da qualidade da água; (Fonte: Dados da Pesquisa, 2017).

Percebe-se que são ações obrigatórias, em sua maioria preconizadas pelo Ministério da Saúde nos indicadores do Pacto pela Saúde. Quanto à ocorrência de surtos de doenças relacionadas à água, verifica-se que houve uma elevação de casos nos dois últimos anos anteriores à elaboração do Plano (2012 e 2013), chegando a duplicar o número de casos dos anos anteriores.

O plano contempla nas suas metas questões elencadas na Conferência de Saúde de 2011, sendo a imediatamente anterior à sua elaboração, notadamente algumas referentes ao Controle Social, por meio do fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde. No entanto, apesar de informar que a inserção das informações foi feita em 2015, a única Programação

Anual de Saúde disponível na plataforma não contempla diretrizes orçamentárias nem metas para execução de atividades relativas ao controle social do Plano no seu primeiro ano de vigência.

O Relatório Final da 5ª Conferência Municipal de Saúde, datado de 31 de julho de 2015, traz como tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”, sendo este o tema eleito para a Conferência Nacional. A etapa municipal é parte integrante da edição nacional, com o objetivo de criar propostas em nível ascendente, a serem submetidas à etapa estadual para apreciação e possível inclusão nas propostas da etapa nacional.

Segundo o Relatório, a etapa municipal cumpriu os requisitos legais e metodológicos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através de seu documento norteador, e orientados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), através de Nota Técnica. Foram realizadas reuniões públicas, denominadas de “pré-conferências”, nos bairros e eleitos os delegados para participação da Conferência, obedecendo à paridade de membros e representações estabelecidas na legislação pertinente, tendo ao todo 53 (cinquenta e três) propostas aprovadas para os oito sub-eixos temáticos.

Não foram identificadas entre as propostas nenhuma direcionada à sustentabilidade hídrica ou à educação em saúde sobre as temáticas relevantes para o meio ambiente, apesar de no documento norteador existir orientações para discutir a estruturação de

[...] políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e à água, e segurança alimentar e nutricional, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde (CNS, 2015, p. 9).

Apenas uma das propostas, direcionada ao eixo “Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde” citou a questão hídrica, mas dentro de um contexto maior e inespecífico: “Melhorar a acessibilidade das estradas, transportes, recursos hídricos e saneamento básico para a população da zona rural” (Fonte: Dados da Pesquisa, 2017), demonstrando ser uma proposta pontual e que não foi trabalhada pelo coletivo para vir a ser uma proposição capaz de orientar a elaboração de uma política pública efetiva.

Por fim, avaliou-se ainda que as propostas apresentadas no eixo nominado “Participação e Controle Social” não apresentou propostas consistentes para a construção de políticas públicas, mas voltadas para a resolução de problemas estruturais do Conselho Municipal, sendo a maioria relacionadas com as presentes no Plano Municipal de Saúde como fruto da conferência anterior ocorrida em 2011.

### **3 Considerações finais**

Conforme as análises apresentadas, percebeu-se que a questão hídrica permanece subjugada e continua sendo discutida apenas em questões pontuais e não sistêmicas, quando a situação passa a ser ainda mais presente na convivência diária da comunidade. Além disso, avalia-se que a falta de informação da população sobre as políticas de saúde pode ser um dos principais entraves para a execução das propostas, ficando a gestão da política saúde exclusivamente sob responsabilidade da gestão municipal.

Verificou-se que o controle social ainda não está efetivamente implantado no município, ficando a participação popular restrita apenas aos momentos de reunião ou de conferências, sendo o tempo incipiente e as ações e propostas dispersas. Conforme discutido por Serapioni e Romaní (2006), a pouca influência nas decisões pode ser reflexo de uma sociedade ainda politicamente imatura ou um sistema de saúde fechado para o ambiente social.

Identificou-se que a participação social é essencial para a formulação de políticas públicas de saúde estando presente em todos os regulamentos referentes à organização e gestão do sistema de saúde. Especificamente sobre a sustentabilidade hídrica no semiárido, avalia-se que é uma questão histórica e cultural mas que ainda não é percebida como solução a ser buscada pelos coletivos de maneira intersetorial.

A educação para a cidadania e a formação conceitual e cidadã dos atores do controle social parece ser a alternativa mais efetiva para a construção de políticas públicas resolutivas e eficientes que resgatem a identidade social das populações e respeite sua identidade e sua diversidade como um gerador para as questões que historicamente perduram, subjugam e reprimem a cultura e as potencialidades da região.



## Referências Bibliográficas

BAPTISTA, N. Q.; CAMPOS, C. H. Caracterização do Semiárido Brasileiro. In: CONTI, I. L; SCHROEDER, E. O. (org.). **Convivência com o Semiárido Brasileiro: Autonomia e Protagonismo Social**. Brasília: IABS, 2013.

BODSTEIN, R. C. A. (Org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BRASIL. **Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Planalto. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 17 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Planalto. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990a. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)> Acesso em: 17 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html)> Acesso em: 17 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Guia de políticas e programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Brasília: MDS, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 2015. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/05mai15\\_documento\\_orientador\\_15CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_documento_orientador_15CNS.pdf)> Acesso em: 17 nov. 2017.

CONTI, I. L. Introdução. In: CONTI, I. L; SCHROEDER, E. O. (org.). **Estratégias de Convivência com o Semiárido Brasileiro**. Brasília: IABS, 2013.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

GASTAL, C. L.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1835-1844, ago. 2007.

MALVEZZI, R. **Semiárido**: Uma visão holística. Brasília: Confea, 2007.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

OLIVEIRA, F. J. A. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 67-73, set. 1996.

PRÜSS-ÜSTÜN, A; BOS, R.; GORE, F.; BARTRAM, J. **Safer water, better health**: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43840/1/9789241596435\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43840/1/9789241596435_eng.pdf)> Acesso em: 17 nov. 2017.

RIBEIRO, L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 264-275, jul./set. 1989.

SANTOS FILHO, E. T.; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p.111-116, 2007. Suplemento 1.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov. 2006.

SILVA, S. F.; LUZ, L.; GENZ, F. A sustentabilidade hídrica de sistemas de abastecimento de água frente às mudanças climáticas. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 21, n. 4, p.825-839, out./dez. 2011.

SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE (SUDENE). **Resolução n. 107, de 27 de julho de 2017**. Estabelece critérios técnicos e científicos para delimitação do Semiárido Brasileiro e procedimentos para revisão de sua abrangência. Recife: SUDENE, 2017. Disponível em: <<http://sudene.gov.br/images/2017/arquivos/Resolucao-107-2017.pdf>> Acesso em: 17 nov. 2017.

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e Atenção Primária à Saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 585-597. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>> Acesso em: 17 nov. 2017.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

\_\_\_\_\_; STOTZ, E. N. (Org.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.