

# Gestão, Direito e Participação no SUS

## Management, Law and Participation in the Brazilian Health System

VOLMIR JOSÉ BRUTSCHER<sup>1</sup>

### RESUMO

*Objetivo:* O objetivo deste artigo é refletir sobre gestão, direito e participação no SUS, à luz do Estado Democrático de Direito. *Material e métodos:* A metodologia utilizada é de natureza crítica e, com base na vivência e na revisão bibliográfica, desenvolve um ensaio que conjuga gestão, direito e participação no SUS. *Resultados:* Os resultados apontam para a responsabilidade do Estado de assegurar os direitos sociais através de políticas públicas universais; para a responsabilidade de Estado da equipe de gestão; para o sentido político do Sistema Único de Saúde; para a concepção de direito como conquista sócio-histórica; de saúde como qualidade de vida; de cidadão como sujeito atuante e consciente dos seus direitos e deveres; e de participação em saúde como discussão e iniciativa para resolução dos problemas intersetoriais da comunidade. *Conclusão:* Conclui-se que estes resultados precisam ser permanentemente revisitados e aprofundados, mas especialmente praticados no SUS.

### DESCRIPTORIOS

Gestão em Saúde. Direito Sanitário. Participação Comunitária.

### SUMMARY

*Objective:* To discuss management, law and participation in the Brazilian Unified Health System (BHS), in light of the democratic state. *Material and Methods:* The methods used are of critical nature, based on experience and literature review. It is developed an essay that combines management, law and participation in the BHS. *Results:* The findings point to the (i) responsibility of the state government in ensuring social rights through universal public policies; (ii) responsibility of the state government for the management teams; (iii) political sense of the health system; (iv) conception of law as a social-historical achievement; (v) health and quality of life of citizens as acting subjects and aware of their rights and duties; and (vi) participation in health by means of debates and initiative to solve intersectoral problems of the community. *Conclusion:* We conclude that these results need to be constantly revisited and deepened, but especially put in practice in the BHS.

### DESCRIPTORS

Health Management. Health Law. Community Participation.

1 Coordenador Estratégico do Centro Formador de Recursos Humanos (CEFOR), João Pessoa/PB, Brasil

O texto “Gestão, Direito e Participação no SUS” pretende ser um ensaio reflexivo, com base em vivências e leituras. No primeiro item, a reflexão se ocupa da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a responsabilidade do Estado Democrático de Direito e o sentido político do Sistema, sem se deter nas questões de organização e funcionamento. No segundo item, a reflexão trata do direito à saúde, problematizando a concepção de saúde, de direito, de Estado e de cidadão. No terceiro item, a reflexão é em relação à participação no SUS, tratando do conceito de participação, da participação institucionalizada no SUS e da participação local em saúde.

Daremos partida ao ensaio, iniciando a reflexão sobre a gestão do SUS.

### **GESTÃO DO SUS: ASSUMIR A RESPONSABILIDADE DE ESTADO**

Tratar da gestão do SUS é tarefa que não cabe num único artigo. O propósito deste item não é abordar todos os aspectos da gestão do Sistema, mas refletir sobre a responsabilidade de estado que significa integrar uma equipe de gestão do SUS e enfatizar o sentido político do próprio Sistema.

Iniciaremos esta tarefa abordando o sentido e a responsabilidade do Estado Democrático de Direito.

#### **Estado Democrático de Direito**

O debate sobre o sentido e o papel do Estado é, historicamente, tenso, devido ao seu caráter político e ideológico. Traz, como pano de fundo, a questão da relação entre o individual e o coletivo. Diversas respostas, tanto teóricas quanto sociais, já foram ou estão sendo ensaiadas, mas, devido a sua tenuidade e complexidade, esta questão é sempre recolocada e disputada.

Sem pretender transitar entre as diversas teorias de Estado, ficaremos restritos a uma abordagem genérica de três blocos de posições: o que preconiza um Estado absoluto; o que defende um Estado mínimo; o que vislumbra uma posição intermediária, defendendo um Estado forte, porém não absoluto, mas democrático.

O bloco que preconiza um Estado absoluto compreende, a grosso modo, que o Estado deve ser regulador de tudo, inclusive da economia. Este bloco apresenta, no mínimo, dois vieses bem diferentes.

Um viés, conhecido como Estado Absolutista, teve origem na Idade Média, na transição entre o feudalismo e o capitalismo, e traz como principal característica a monarquia, ou seja, o chefe de estado concentra poderes absolutos e governa, quando muito, orientado pelos seus conselheiros. Na época, o Estado Absolutista foi possível porque dava sustentação política à economia mercantil, o mercantilismo, que buscava a sua afirmação em relação à economia feudal. Contudo, há experiências de monarquias que perduram até os dias de hoje, principalmente no oriente.

Outro viés, conhecido como Estado Socialista ou Comunista, surge no século 20, com a revolução Russa, em 1917, a chinesa, em 1948, a cubana, em 1959, e outras. Inspirado na corrente marxista, pretendia acabar com a luta de classes e, inclusive, com o próprio Estado, identificado como burguês. No entanto, ao intervir na economia e na liberdade individual, no intuito de assegurar a igualdade, acaba caindo num Estado Absoluto, praticamente proprietário de tudo. Sem entrar em detalhes, é necessário admitir grandes diferenças entre as experiências mencionadas e entre os diversos períodos do seu desenvolvimento.

O bloco que sustenta a posição de um Estado mínimo entende que as pessoas devem ter total autonomia para estabelecerem suas relações, inclusive as de produção, serviço e de comércio. Deixando que o mercado, através da lei de oferta e de procura, estabeleça a ordem das coisas. Nesta lógica, prevalece a capacidade de concorrência e de competição e a tendência é de uns se tornarem cada vez mais fortes e de outros se submeterem às regras e vontade daqueles. Não há uma preocupação com a questão da igualdade de oportunidades. A ênfase está no individual, cada um faz o que pode. O direito mais reconhecido e reivindicado neste bloco é o da propriedade privada. O Estado é admitido, normalmente, para garantir os direitos civis e políticos, bem como a ordem e a legalidade. Portanto, os serviços que cabem ao Estado é manter o policiamento, as forças armadas e os poderes executivo, legislativo e judiciário. O Estado mínimo atingiu seu auge com o neoliberalismo no final do século 21, tendo como seu principal expoente os Estados Unidos.

O bloco que vislumbra uma posição intermediária, que quer um Estado forte, mas democrático, concebe que os cidadãos têm direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e que o Estado tem a responsabilidade de assegurar estes direitos de forma igual a todos e, por isto, precisa ter estrutura e exercer papel de regulação

das relações de mercado, de distribuição de renda e, em casos estratégicos, de indução da economia.

É nesta posição intermediária que surge e faz sentido o Estado Democrático de Direito. O próprio nome já traz o significado, reconhecendo, intrinsecamente, a necessidade da existência do Estado, ao mesmo tempo, requerendo um caráter democrático deste Estado e uma ação substantiva no sentido de assegurar os direitos humanos, por meio de políticas públicas universais e equitativas.

Para conseguir assegurar os direitos, o estado precisa ser forte. Precisa ter estrutura, recursos, boa gestão e, sobretudo, clareza política do seu papel. A questão dos impostos se justifica nesta lógica. A arrecadação tem a finalidade de efetivar políticas públicas universais, que contemplam a todos (diferente das políticas focais, voltadas para grupos), assegurando, minimamente, dignidade e oportunidade, através da alimentação, moradia, saúde, educação, trabalho, transporte, lazer, segurança e aposentadoria. É uma forma legítima de exercício de redistribuição de renda e de justiça sem nivelar e nem coibir a livre iniciativa.

No Brasil, há, no mínimo, duas questões históricas que precisam ser enfrentadas: a matriz tributária e o estado patrimonialista. Segundo KHAIR (2011), “Quem ganha até dois salários mínimos paga 49% dos seus rendimentos em tributos e quem ganha mais de 30, paga 26%. A CT (Carga Tributária) penaliza mais quem menos ganha, pois o consumo é fortemente penalizado”. Desta forma, o sistema tributário brasileiro, ao invés de favorecer a redistribuição da Renda e riqueza, acaba aprofundando o fosso da desigualdade social. Faz-se indispensável uma reforma tributária, que estabeleça que aqueles que obtiverem mais renda e riqueza contribuam e participem com índices maiores na CT.

Ligada à questão tributária, temos que enfrentar o “Estado patrimonialista”, ou seja, precisamos evitar que o Estado seja usado como patrimônio de grupos privados. Historicamente, o Estado brasileiro favorece pequenos grupos que disputam e se revezam no poder. Conforme KOHN (2000),

*quando se debruça sobre os dados relativos a quem ou que segmentos sociais mais se apropriam das políticas e dos benefícios sociais neste país, o que salta aos olhos é [...] o traço perverso do nosso sistema social, uma vez que quem mais se apropria dele são em primeiro lugar os não pobres, seguidos dos pobres, e estes dos mais pobres dentre os pobres.*

Ultimamente esta lógica vem mudando, porém precisa ser completamente invertida. As políticas públicas devem beneficiar a todos universalmente, mas obviamente, considerando o princípio da equidade, ou seja, primeiro os pobres dentre os pobres.

O Estado Democrático de Direito encontra a sua primeira fase no Estado Liberal, que surge com a Revolução Francesa (1789), defendendo liberdade, igualdade e fraternidade, bem como a “não intervenção do Estado na economia, vigência do princípio da igualdade formal, adoção da Teoria da Divisão dos Poderes de Montesquieu, supremacia da Constituição como norma limitadora do poder governamental e garantia de direitos individuais fundamentais.” (LABRADURY, 2006). Surge, assim, o direito público subjetivo que consiste no reconhecimento e na afirmação da “condição de indivíduo, de ser humano, situando-se, desta feita, no plano do ser, de conteúdo civil e político” (LABRADURY, 2006), o direito do cidadão que pode exigir, inclusive, contra o Estado. O contexto e a característica do Estado Liberal é a luta da burguesia capitalista, economicamente ascendente, contra a realeza monárquica e a nobreza feudal, ainda possuidora do poder político.

Com o avanço e concentração de poder e renda capitalista, muito devido ao desenvolvimento industrial, e com a ausência do Estado nas questões sociais, começa a se manifestar uma insatisfação por parte dos trabalhadores que se encontra submetida a uma pesada jornada de trabalho nas indústrias, de até 12 horas diárias. Para evitar uma revolução radical, a burguesia, neste momento já de posse também do poder político, aceita realizar ajustes, dando espaço para o surgimento do Estado Social. Este se caracteriza pela intervenção do Estado nas questões sociais e inclusive na economia, sobretudo como regulador, mas também como indutor do desenvolvimento.

Na verdade, o Estado Social é uma complementação ao Estado Liberal, acrescentando-lhe obrigações sociais no sentido de assegurar ao indivíduo condições materiais para acessar oportunidades. Segundo GORDILLO (1977),

*A diferença básica entre a concepção clássica do liberalismo e a do Estado de Bem-Estar é que, enquanto naquela se trata tão-somente de colocar barreiras ao Estado, esquecendo-se de fixar-lhe também obrigações positivas, aqui, sem deixar de manter as barreiras, se lhes agregam*

*finalidades e tarefas às quais antes não sentia obrigado. A identidade básica entre o Estado de Direito e Estado de Bem-Estar, por sua vez, reside em que o segundo toma e mantém do primeiro o respeito aos direitos individuais e é sobre esta base que constrói seus próprios princípios. (Apud LABRADBURY, 2006).*

Surge, assim, uma segunda fase de direitos, conhecidos como “direitos de segunda geração”, os direitos sociais: direito à educação, saúde, trabalho e moradia, dentre outros, que se situam no plano do ter.

Considerando que o Estado Social não conseguiu assegurar a justiça social e nem a efetiva participação democrática, surge o Estado Democrático de Direito, com a finalidade de corrigir estas falhas. O Estado Democrático de Direito se caracteriza pela origem popular do poder e pela prevalência da legalidade. Este mantém uma interdependência e realiza certa fusão com o Estado de Direito. Assim, “o direito fundamental da liberdade, garantido pelo Estado de Direito, é necessário para o regular exercício da democracia, a qual é condição singular para a existência, manutenção e ampliação desses direitos e garantias individuais, razão pela qual surge o Estado Democrático de Direito.” (LABRADBURY, 2006, p.1).

Inaugura-se, assim, uma terceira fase do direito, conhecida como “direitos de terceira geração”, que se situam no plano do respeito e da fraternidade, como são os direitos essencialmente coletivos ou metaindividuais, a saber: o direito ao meio ambiente equilibrado, à paz, e à autodeterminação dos povos, dentre outros.

Hoje, já se fala em “direitos de quarta e quinta geração”, quais sejam: o direito à democracia, à informação e ao pluralismo político, étnico, cultural e religioso.

Em suma, o Estado Democrático de Direito é constituído com a função de assegurar os direitos fundamentais de cada cidadão e a sua participação no exercício democrático destes direitos.

Dentre os diversos direitos fundamentais que o Estado Democrático de Direito deve assegurar temos o direito à saúde. No Brasil, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia formal e política de cuidar do direito à saúde. Vejamos.

### **SUS: política de relevância pública**

Na lógica do Estado Democrático de Direito, a Constituição Federativa do Brasil, de 1988, no art. 196,

reconhece explicitamente que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. No art. 197, afirma que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde”. O que quer dizer que são de extrema importância pública, ou seja, fundamental para toda a sociedade, e, por isso, de responsabilidade do poder público. A mesma Constituição ainda prevê que o poder público atenderá a esta sua responsabilidade através de um Sistema Único de Saúde, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Também estabelece financiamento público para o SUS. A partir disso, as Leis 8080/90 e 8.142/90, que regulamentam o SUS, reestabelecem princípios doutrinários e organizativos em que determinam que o atendimento seja universal (para todos), integral (em tudo) e equitativo (conforme a necessidade), bem como regionalizado (partir do território local para o regional), hierarquizado (partir do serviço mais simples para o mais complexo), resolutivo (resolver com menor tempo, custo e sofrimento possível), complementar (a iniciativa privada pode executar ações e serviços de saúde de forma a complementar o poder público) e participativo (mecanismos para a sociedade civil participar, propor e controlar o poder público).

Diante do exposto, fica evidente a responsabilidade que significa integrar uma equipe de gestão do SUS. O Estado, bem como o SUS, é feito de normas e de pessoas que devem fazer as coisas acontecerem dentro do prescrito. Daí a condição de possibilidade para um bom gestor do SUS, reconhecer e assumir a sua função de agente de Estado com a responsabilidade de assegurar o direito à saúde para todos, sem privilégios e nem discriminação. Nem sempre o gestor tem todas as condições materiais para cumprir com esta sua responsabilidade, mas jamais pode abnegar da sua responsabilidade e, apesar disto, precisa se manter consciente e empenhado em criar estas condições.

Dentre os vários aspectos da gestão do SUS que poderiam ser abordados, pretendemos destacar a sua importância política enquanto Sistema com caráter de relevância pública. Numa sociedade em que praticamente tudo tem preço e vira mercadoria, os gestores do SUS têm o compromisso de não ceder aos interesses do mercado, que não são poucos e muitas vezes velados, e primar pela dignidade de milhões de brasileiros que, no atendimento à saúde, dependem exclusivamente das ações e serviços do SUS. Jamais perder de foco a principal razão do Sistema que são os seus usuários. O que exige,

muitas vezes, firmeza para saber resistir à pressão de categorias profissionais e de grupos e/ou forças políticas. Além disso, precisa habilidade política para lidar com a micropolítica, que é forte na área da saúde, e para desenvolver e aplicar ferramentas de gestão.

No que diz respeito à micropolítica, o desafio é conseguir o compromisso dos diferentes sujeitos envolvidos na gestão do SUS. A complexidade do Sistema faz com que, na ponta do serviço que representa a entrada no SUS, o usuário é atendido por um trabalhador ou profissional da saúde, seja ACS, vigilante, recepcionista, enfermeiro, médico... Aí a importância e a necessidade de se conseguir a adesão e o compromisso destes sujeitos com a saúde pública e com a realização do direito humano à saúde. MERHY (1997), médico sanitário, escreve:

*na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada.*

*Assim, de alguns anos para cá, temos tentado construir processos de intervenções institucionais em diferentes estabelecimentos de saúde que tomem como desafio central a produção de uma reforma “publicizante” do sistema de direção destes serviços, que impliquem em uma “coletivização” da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente, tomando como referência-chave o interesse do(s) usuário(s) dos serviços, representado enquanto necessidades de saúde.*

Para isto, é necessário capacidade de diálogo e de valorização destes sujeitos, além de estratégias de educação permanente, que possibilitem interrogar o processo de trabalho e produzir a coletivização de sua gestão, conforme defende Merhy. Precisa ainda regulamentação e pactuação junto às instituições formadoras para que a ênfase do processo formativo esteja voltada para a saúde pública e não para o mercado. Esta é uma aposta de mudança fundamental, porém não imediata, mas lenta e de médio e longo prazo.

Sobre a capacidade de desenvolver e operar

ferramentas de gestão, além do planejamento estratégico e participativo, é fundamental conversar com os atores regionais e pactuar desenhos regionalizados, com definição de responsabilidades entre os entes federativos e interfederativos, que sejam monitoradas e que tenham prestação de contas. O Decreto 7.508/11 recomenda Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAPS), que possibilitam cobrar judicialmente os acordos descumpridos.

Em suma, os desafios são inúmeros e as possibilidades são infinitas, porém, o fundamental de uma equipe de gestão do SUS é assumir e responder pela responsabilidade do Estado Democrático de Direito de assegurar o direito humano à saúde e permitir e promover o exercício democrático deste direito.

Dito isto sobre a gestão do SUS, vamos nos dedicar um pouco mais à reflexão do direito à saúde, objeto do próximo item.

## **DIREITO À SAÚDE: O ESTADO E O CIDADÃO**

Pretendemos, neste ponto, interrogar a própria noção de direito e de saúde, bem como pensar a respeito dos sujeitos envolvidos no direito humano à saúde, que são o Estado e o cidadão.

### **Direito: conquista sócio-histórica**

O direito não é algo dado e absoluto. Os direitos fundamentais, ou mesmo os direitos humanos, são conquista sócio-histórica. A Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) é resultado de um contexto social e histórico, fortemente motivada pelo ambiente pós Segunda Guerra Mundial. Representa o amadurecimento de uma concepção de mundo, de sociedade, de ser humano. Nem sempre se reconheceu que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, conforme proclama o art. 1º da DUDH, e, infelizmente, nem hoje todos o reconhecem. Basta lembrar a distinção entre cidadãos e súditos na antiga democracia grega; a distinção entre senhor e escravo do período colonial; a distinção entre os que têm (dinheiro, poder, fama) e os que nada têm (por exemplo, os moradores de rua que tem seus corpos queimados com fogo, por “playboys” que com isto se divertem, ou são exterminados em massa, por “agentes” contratados) que ainda persiste nos dias de hoje. Além disso, a declaração ou o reconhecimento formal, nem



sempre significa reconhecimento real, objetivo, que de fato acontece na vida das pessoas.

O direito, bem como a dignidade, representa um horizonte crítico, ao invés de ser um ponto de chegada, um final, ele é sempre um ponto de partida, de onde se parte para questionar, efetivar e buscar mais direitos.

Vamos analisar como isto se dá na saúde. No Brasil, até 1988, a saúde não era reconhecida como um direito. De lá para cá temos a garantia formal à saúde, o que é importante, mas não é o suficiente, porque ainda temos muitos limites reais de acesso aos serviços e ações de saúde. Além disso, a concepção de saúde vai mudando e se tornando cada vez mais complexa e exigente. O que requer que a noção de direito à saúde também se transforma e acaba sendo mais complexa. Há poucos anos o direito ao implante de órgãos era impensável. Hoje, cada vez mais, o direito à saúde nos leva a perseguir o direito à qualidade de vida, que passa, inclusive, pelo direito ao meio ambiente saudável e tantos outros.

Sendo assim, precisamos refletir sobre o conceito e a concepção de saúde.

### **Saúde é qualidade de vida**

A saúde é um conceito histórico e ideológico. Histórico porque muda com o tempo, espaço, entendimento e desenvolvimento. Ideológico porque muda conforme os interesses, sobretudo os dominantes, de cada momento histórico. Por exemplo, na Idade média, a saúde era encarada como “benção de Deus”, responsabilizando o indivíduo pela sua situação; no período industrial, saúde era estar em “condições de trabalhar”, inclusive o Estado começa dar acesso a serviços de saúde para os trabalhadores com Carteira de Trabalho assinada; com o avanço tecnológico e neoliberal, saúde passa a ser sinônimo de “tratamento de doença”, pois o mercado dispõe de uma grande oferta de equipamentos e laboratórios, e se torna interessante vender exames e medicamentos. Este é o conceito de saúde predominante atualmente. No imaginário social, saúde está diretamente ligada com consulta médica, exame, hospital, remédios... O que é um equívoco. O tratamento é importante e necessário para se recuperar a saúde de debilitados, mas não pode ser absolutizado, pois saúde mesmo é evitar, o máximo possível, as doenças e viver com qualidade de vida.

Os militantes do SUS, ainda que tenham dificuldade de operacionalizá-lo na prática, sempre

defenderam um conceito integral de saúde, relacionado com a intersectorialidade: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer..., conforme consta na Lei 8080/90, art. 3º. O propósito e desafio do SUS, enquanto política de relevância pública, é promover a saúde como “qualidade de vida”.

Nesta lógica, torna-se extremamente desafiador a responsabilidade de uma equipe de gestão do SUS de responder ao compromisso de Estado de assegurar o direito à saúde aos cidadãos. Na verdade, isto só é possível se houver uma articulação intersectorial e interfederativa das equipes de gestão governamental, e não exclusivamente do SUS, ou seja, se houver um compromisso e empenho de governo ou, melhor, de Estado.

Isto requer que se retome, ainda que brevemente, a reflexão sobre Estado.

### **Estado: a efetivação do direito à saúde através de políticas públicas universais e equitativas**

Para promover a saúde como qualidade de vida, não pode ser um Estado patrimonialista e nem clientelista. Patrimonialista é o Estado que trata da “coisa pública” como se fosse patrimônio privado de quem está no poder. Clientelista é o Estado que se caracteriza pela troca de favores e cooptação. Precisa ser um Estado que se orienta no sentido de assegurar os direitos aos cidadãos e que permita a estes a participação no exercício dos próprios direitos. Isto é, um Estado democrático, com descentralização do poder, com políticas públicas universais e equitativas voltadas para a efetivação dos direitos, com transparência e controle social. Um Estado que induza ao desenvolvimento, distribua renda, promovendo a justiça social, e que assegure os direitos do cidadão. Ou seja, um Estado Democrático de Direito efetivo, para além da formalidade.

Considerando que o Estado não é um ente sobrenatural, mas uma instituição administrada por pessoas, é importante refletir sobre os cidadãos que compõem o Estado.

### **Cidadão: consciência de direitos e participação ativa**

Há um ditado que diz “que cada sociedade é merecedora do Estado que tem”. Não precisamos concordar com esta simplificação, porém ela nos provoca

a pensar na relação Estado e cidadãos. Segundo a Constituição, art. 1º, § único, “todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.” Só é possível ter um Estado democrático, participativo e controlado socialmente, se houver cidadãos que participam, controlam e que sejam, por sua vez, democráticos.

No Brasil, a cultura democrática e do direito ainda é incipiente e frágil. Ainda há um entendimento e comportamento deturpado e nocivo em relação ao que é público: está fortemente presente a ideia de que tudo que é público não presta; que a “coisa pública não é de ninguém; já que é público dá para tirar vantagem; que todo político e/ou gestor público é ladrão...

Muitos se limitam a votar. Outros vivem buscando obter vantagens. Apenas um grupo exerce a cidadania ativa. Procura estabelecer uma relação pautada no direito e na participação. Sente-se parte e responsável pelo que é público e pela sociedade toda da qual são parte. Porque, na verdade, a “coisa pública” é de todos e geralmente é de relevância pública, o que quer dizer que é fundamental para todos. Para o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, “cidadão é aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade.” (SOUZA apud CARVALHO, 2007).

O direito à saúde requer um Estado democrático e comprometido com a efetivação dos direitos e cidadãos ativos, empenhados no exercício, proposição e conquista de sempre mais direitos, objetivando a qualidade de vida.

Tendo abordado a gestão do SUS e o direito à saúde, convém aprofundar a reflexão sobre a participação no SUS.

### **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS: EXERCÍCIO DO DIREITO**

Neste ponto, trataremos do conceito de participação, da participação institucionalizada no SUS e da participação local em saúde.

#### **Refletindo sobre participação: conceito**

Verificando no dicionário, percebemos que participação significa “fazer parte em” ou “tomar parte de”. O próprio termo já é revelador: “parti[cip]ação”. Além da parte, também sugere ação. Assim, participação significa pertencimento e atitude. Requer sentimento de responsabilidade e postura proativa.

Falando da participação da “coisa pública”,

CARVALHO (2007) afirma: “defendo a posição do cidadão-dono que tem que controlar a sociedade como um todo e o estado”. Em seguida, continua: “Só conseguiremos evoluir para uma sociedade mais igualitária, diminuindo as desigualdades sociais, no exato momento em que, cada um de nós assumirmos o papel de sócio-proprietário de nosso bairro, cidade, país e chegando a sócia-propriedade do mundo”.

Interessante a ideia de sócio-proprietário, pois sugere que você não é o único proprietário, pois os demais são tanto proprietário quanto você, mas é proprietário e não pode se comportar como empregado e muito menos como visitante.

Participação é estar junto, é envolvimento e responsabilização. No entanto, este envolvimento pode ter níveis diferentes: ação, proposição e controle. A ação é referente à execução. Cada cidadão, seja autônomo, empregado, empregador ou gestor, tem um papel na sociedade através do desempenho de sua função. E o compromisso de cada um é fazer bem feito o seu papel, seja a mais simples ou a mais complexa das tarefas. A sociedade vive na interdependência da ação individual e todos contam com o compromisso de cada um. Muitos falam dos políticos, presidente, governador, prefeito, secretários, mas não se apercebem que agem iguais no desempenho de sua tarefa e, estando no lugar daqueles, seriam diferentes em quase nada. A participação, no nível da ação, é fazer bem a sua parte.

A participação no nível da proposição é referente à contribuição com ideias. É a intervenção na sociedade e nos governos a partir de propostas, buscando saídas individuais e coletivas para os diversos problemas e desafios que existem. Segundo CARVALHO (2007), na “saúde há um mundo de questões a serem resolvidas e de problemas esperando boas ideias e saídas.” Propor é manifestar posição e elaborar estratégias sobre como as coisas devem ser feitas, seja na família, no bairro ou nos espaços de governo.

A participação no nível do controle é referente à fiscalização. É verificar se as coisas estão sendo executadas conforme deveriam pelos responsáveis. Na saúde, é o controle da política, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90, art. 1º, § 2).

No SUS, convenciamos falar em controle social, nos referindo à participação da comunidade na saúde. É importante cuidar para não comprometer estes três níveis ou dimensões da participação. CARVALHO (2007), defende que “ação, proposição e controle deve substituir nosso enfoque errado e distorcido de falarmos

exclusivamente no controle social. É muito mais que Controle: é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos.”

A partir desta provocação, é importante analisar mais a fundo o sentido e papel da participação no SUS.

### **Participação institucionalizada no SUS: conferências e conselhos**

Falamos em participação institucionalizada, porque ela está assegurada em lei, está prevista na Constituição Federal, art. 198, III, e tem a Lei 8.142/90 que, especificamente, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. No art. 1º, diz que “O Sistema Único de Saúde [...] contará, em cada esfera de governo, [...] com as seguintes instâncias colegiadas: I – a Conferência de Saúde; e II – o Conselho de Saúde.

As Conferências de Saúde devem reunir representações de vários segmentos sociais “para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (art. 1º, §1º), a cada quatro anos. No nível municipal, recomenda-se que sejam realizadas a cada dois anos, uma vez que o Plano Municipal de Saúde não coincide com a temporalidade dos planos estaduais e nacional.

Os Conselhos de Saúde, compostos por representantes da gestão, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários do Sistema, têm caráter permanente e deliberativo e “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (art. 1º, § 2º).

A mesma lei ainda prevê, no art. 1º, § 4º, que a “representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.” Isto é, 50% dos participantes devem ser representações de usuários. Os outros 50% são divididos entre representações do governo, prestadores e profissionais de saúde. A resolução 333/03 do CNS estabelece que 25% das representações sejam de profissionais.

É importante chamar atenção para o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, ou seja, eles têm poder de decisão. Por isso, é fundamental que os conselheiros tenham conhecimento técnico e político, percebendo os diversos interesses em questão, e capacidade propositiva e de diálogo para produzir

consensos em torno de propostas que beneficiam o conjunto dos usuários dos SUS.

Considerando que as pautas dos Conselhos de Saúde são intensas e complexas, sugere-se articulações em fóruns pela saúde pública, com ampla participação, que possam contribuir e subsidiar os debates e deliberações dos representantes no Conselho de Saúde.

Contudo, os Conselhos de Saúde têm limitações. Geralmente ficam absorvidos pela “burocracia” que consiste na análise e deliberação de projetos diversos ligados à saúde, planos de saúde e relatórios de gestão. Acabam não tendo tempo para uma articulação e educação mais ampla da comunidade em relação ao SUS e o direito à saúde. Tanto isto é verdade que a ampla maioria da população não sabe da existência do Conselho de Saúde e muito menos sabe da função e papel destes. Por isto, é fundamental promover a participação local em saúde como forma de descentralizar, ampliar e fortalecer a participação da comunidade em saúde.

Para aprofundar este aspecto, propomos uma reflexão específica sobre a participação local em saúde.

### **Participação local em saúde**

Cada vez mais nos convencemos que a oxigenação da participação da comunidade na saúde passará pela organização e promoção da participação local em saúde. Seja por meio de conselhos distritais e locais de saúde ou por outras formas, mas o importante é promover o encontro entre trabalhadores e usuários do Sistema, apoiado e acompanhado pela gestão do SUS.

A ideia da participação local em saúde, em geral organizada em torno de unidades de serviço, especialmente junto às Unidades de Saúde da Família, é de “relativizar” o caráter burocrático dos conselhos, como a questão da paridade e da representação institucional, e promover a participação direta dos usuários cidadãos em reuniões que possam estudar e debater o SUS e o direito à saúde.

A proposta é de que estas reuniões funcionem como educação política e cidadã, com capacidade de problematizar a realidade local da comunidade no conceito amplo de saúde, discutindo os problemas relacionados à educação, especialmente infantil, à moradia, saneamento, lazer, trabalho e o acesso e qualidade das ações e serviços de saúde. O propósito é discutir a qualidade de vida na comunidade e possibilitar a articulação e organização para acionar os órgãos públicos necessários.



Importante que na participação local em saúde, por exemplo, em um conselho local de saúde, participe a dona de casa, o aposentado, os estudantes, os adolescentes e jovens que frequentam a Unidade de Saúde, independente de terem ou não vínculo institucional. No entanto, também é importante a participação de representantes de organizações. Além disso, a participação de todos os trabalhadores das equipes de saúde é de suma importância, especialmente para a criação de vínculo entre equipe e comunidade, buscando superar barreiras e criar alianças.

É praticamente impossível um trabalho de qualidade numa localidade em que a equipe de saúde tem medo da comunidade e em que esta se sente desprezada ou ignorada pela equipe.

O encontro e o diálogo, ainda que difícil, especialmente no início, é a única opção para aproximar e criar vínculo entre equipe e comunidade. Porém, é preciso superar a lógica de ficar apenas discutindo os problemas e dificuldades em torno da Unidade de Saúde, mas ampliar o horizonte para o conceito ampliado de saúde, como já foi dito acima.

Sendo assim, além de discutir os problemas de acesso e qualidade dos serviços, é fundamental estudar com a comunidade o Estado Democrático de Direito e políticas públicas, o direito à saúde e o SUS, a organização e funcionamento da rede municipal de saúde, o sentido e papel da Equipe de Saúde da Família, os principais problemas que afetam a saúde das pessoas da comunidade, entre outros.

Nesta lógica, o foco central do conselho local de saúde não são os problemas de atendimento, e muito menos a deliberação da política de saúde, mas o debate político-cidadão em torno da saúde como qualidade de vida das pessoas da comunidade, fazendo da equipe de saúde e da comunidade, e inclusive da gestão da saúde, aliados na defesa do SUS e do direito à saúde e dos projetos políticos que venham ao encontro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as reflexões feitas, pode se sintetizar algumas convicções, ainda que sempre provisórias:

- a) O papel do Estado Democrático de Direito é assegurar os direitos através de políticas públicas e permitir o exercício do controle social das políticas;
- b) Fazer parte de uma equipe de gestão do SUS é assumir e responder pela responsabilidade do Estado de assegurar o direito humano à saúde aos cidadãos;
- c) Saúde é qualidade de vida e, para além do acesso aos serviços e ações de saúde, está relacionada a fatores intersetoriais e requer políticas públicas universais, equitativas e articuladas intersetorialmente;
- d) Direito não é um dado absoluto e definitivo, mas uma construção sócio-histórica;
- e) Ser cidadão é ter consciência de direitos e de deveres e participar ativamente da sociedade;
- f) Participação requer ação, proposição e controle do estado e da sociedade como um todo;
- g) A participação no SUS está assegurada legalmente, por meio das Conferências e Conselhos, e consiste na proposição de diretrizes, deliberação de estratégias e no controle social da execução das políticas de saúde pela gestão;
- h) Para oxigenar e fortalecer a participação no SUS é fundamental a participação local na saúde, que consiste na aproximação entre os trabalhadores da equipe de saúde e os usuários dos serviços, apoiada e acompanhada pelos gestores do SUS, no entanto, é necessário superar o debate restrito aos problemas ligados à Unidade de Saúde e estudar e debater a partir do conceito ampliado de saúde, como qualidade de vida, relacionado com os problemas e políticas intersetoriais da comunidade.

É fundamental que estas convicções sejam permanentemente revisitadas e aprofundadas, mas especialmente “perseguidas” e praticadas.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2006, 88p.
2. CARVALHO GCM. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007, 259 p.
3. COHN A. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: MOTA CG (Org). *Viagem incompleta. A experiência brasileira (1500-2000): a grande transação*. 2. ed., São Paulo: editora SENAC SP, 2000.

4. GORDILLO A. *Princípios Gerais de Direito Público*. Trad. Brasileira de Marco Aurelio Greco. São Paulo:RT, 1977.
5. KHAIR A. *Reforma Tributária e Pão de Açúcar*. Estadão, 3 de julho, 2011.
6. LA BRADBURY LCS. *Estados liberal, social e democrático de direito: noções, afinidades e fundamentos*. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1252, 5 dez. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/9241>>. Acesso em: 27 fev. 2012.
7. MERHY EE (ORG), ONOCKO R (ORG). *AGIREM SAÚDE: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acesso em: 13 de março, 2012.

**Correspondência**

Volmir José Brutscher  
Rua Antônio Gama, 600, Apto 301 (Ed Santana)  
Bairro: Expedicionário  
João Pessoa – Paraíba – Brasil  
CEP: 58.041-110  
Email: [vdbrutscher@gmail.com](mailto:vdbrutscher@gmail.com)