Parte 1: Introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS) Participando do SUS

Lana Bleicher
Taís Bleicher

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Participando do SUS. In: *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 41-53. ISBN 978-85-232-2005-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PARTICIPANDO DO SUS

Existe ainda outra diferença entre ações de saúde e outros bens produzidos que não falamos na discussão inicial. Ações de saúde não se realizam no vazio ou em objetos inanimados. Tradicionalmente se entendia que a ação de saúde seria realizada pelo profissional de saúde sobre um paciente – aliás, não é à toa que ele é chamado paciente! Mas, por mais passiva que seja a situação do paciente e por mais dono do poder que queira ser o profissional de saúde, nunca se pode retirar uma característica fundamental da ação de saúde: ela é uma relação humana, entre seres humanos. Exatamente por ser humano, o paciente nunca é inteiramente passivo: a ação de saúde também depende dele para acontecer. A produção de ações e serviços de saúde é imprescindível à interação entre prestadores e usuários de tais ações. Os serviços de saúde não podem ser produzidos na ausência do “consumidor” desses, ao contrário de mesas ou sapatos, que podem ser fabricados e estocados sem um consumidor, o qual só passa a ser necessário ao se fazer a comercialização destas mercadorias. Os usuários, então, são mais que meros “consumidores”, são também coprodutores destes serviços e ações. Disto resulta que a definição de necessidades e diretrizes no setor não pode ser monopólio dos “especialistas”, mas devem ser partilhadas com os coprodutores dos serviços: os usuários.

Por melhor e mais competente que seja o médico, o tratamento não terá sucesso se o paciente não cooperar em seguir as prescrições recomendadas. Ou seja, até mesmo na situação individual é necessário existir um mínimo de “participação” por quem “recebe” a ação de saúde.

Disso decorre que as primeiras vezes em que se começou a falar em participação nos serviços de saúde, o que se estava querendo dizer é que a população deveria aceitar mais docilmente as orientações que os profissionais de saúde faziam. Antônio Ivo de Carvalho (1995) nos conta que havia um entendimento de que as pessoas ficavam doentes por falta de informação de como tratar a água, de como escovar os dentes, de que alimentos consumir. A participação comunitária, como era então chamada, consistia no engajamento das pessoas que estavam marginalizadas da sociedade em atividades que diminuiriam as chances de adoecer: se não havia um sistema de esgotos, a participação da comunidade em um mutirão iria garantir a construção de fossas; se o lixo amontoado era um causador de doenças, um mutirão para seu recolhimento resolveria a questão. Era uma forma de lidar com esses problemas sem se perguntar: mas por que o Estado não investe em saneamento básico?

Houve um tempo em que a participação assumiu um caráter bem mais politizado, principalmente durante a Ditadura Militar. A participação popular tinha o objetivo de denunciar que a grave situação de saúde da população estava relacionada à forma injusta, exploradora e nada democrática como se organizava a sociedade. Participar implicava em lutar por coisas bem mais amplas do que aquelas com as quais a participação comunitária se ocupava, como liberdade de expressão, autonomia, poder para os trabalhadores.

A participação social geralmente se refere à institucionalização da participação. O que é isso? É a participação passar a ser regulamentada pelas leis, pelas instituições, pelos regimentos, por normas explicitadas. Enquanto na visão anterior a questão era atacar o sistema, nesta o sistema passa a aceitar que ocorra participação dentro dele.

Usa-se muito o termo “controle social” como sinônimo de participação, uma vez que esta consistiria no controle que a sociedade faz sobre o Estado e os serviços que ele presta. Nenhum problema quanto a isso, desde que se faça uma ressalva: essa expressão também é bastante usada querendo dizer exatamente o contrário: o controle exercido pelo Estado sobre a sociedade, através de diversos instrumentos. Feita esta advertência, podemos falar em controle social sem o risco de sermos mal compreendidos. Para facilitar, usaremos o termo “participação social”.

CONSELHOS DE SAÚDE

Existem diversas formas de a sociedade participar da gestão do SUS. Porém, por serem previstas em lei, as duas mais conhecidas são: as conferências de saúde e os conselhos de saúde. Inicialmente, as disposições sobre os conselhos e conferências de saúde deveriam fazer parte da Lei n.º 8.080/90. Entretanto, os artigos que falavam tanto da participação social quanto do financiamento do sistema foram vetados pelo então presidente Fernando Collor. É por isso que estes dois assuntos se encontram na Lei n.º 8.142/90, que afinal pôde ser aprovada alguns meses depois da Lei n.º 8.080/90.

É obrigatória a existência de conselhos de saúde em cada uma das três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Mas nada impede que também se criem conselhos para um conjunto de municípios – microrregião, um distrito sanitário ou para uma unidade específica de saúde, o que seria um conselho local.

Aliás, a organização de conselhos locais de saúde pode funcionar como um bom catalisador da participação social, porque é no debate do cotidiano de uma unidade de saúde que se aprende e se exercita a aventura de tentar práticas mais democráticas de organização dos serviços de saúde.

Os conselhos de saúde são órgãos em que um conjunto de representantes toma parte na gestão do SUS. Portanto, o gestor em saúde

– que é o Secretário ou Ministro da Saúde, dependendo da esfera de governo considerada – não é o único a decidir sobre o que será feito em questões de saúde. Esses representantes são de segmentos diferentes: do governo e dos prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários. O conselho deve ser permanente, ou seja, deve se reunir com regularidade.

A Lei também diz que os conselhos de saúde devem ser paritários. Isto significa que metade dos conselheiros deve ser de representantes dos usuários. Quanto às demais representações, a Lei n.º 8.142 não esclarece seus percentuais, mas existe uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde – resolução 33 de 23/12/92 – que propõe que 25% seja de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviço, tanto públicos (governo), quanto privados.

Nesta mesma resolução se faz a sugestão de que “o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros”. (BRASIL, 1993) Evidentemente que isso se trata apenas de uma recomendação. O fundamental – e obrigatório – é manter a paridade.

O documento ainda enumera algumas entidades, que podem ser consideradas no momento de definir a composição do conselho, dentro do segmento de usuários:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiência;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;
- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

Mas é bom lembrar que essas sugestões foram dadas pelos membros do Conselho Nacional de Saúde com base em certa experiência acumulada. Nada impede que, em um dado município, existam outras entidades bem mais representativas da sociedade ou que tenham um histórico no debate e enfrentamento das questões de saúde.

Uma advertência feita no documento é a de que os representantes dos usuários sejam indicados pelas suas entidades. Isto é de vital importância para que o conselho seja representativo de verdade. Infelizmente, algumas vezes isto não acontece. Há prefeitos que “elegem” quem deve ser o representante de cada entidade de usuários. Às vezes, os “representados” nem sabem quem é que os representa. Tudo isso compromete a participação social.

E O QUE FAZ O CONSELHO DE SAÚDE?

Raquel Dodge (1997) classifica as funções do conselho de saúde em três naturezas: deliberativa, consultiva e fiscalizatória. O dicionário define deliberar como “decidir ou resolver (algo) após discussão e exame”. (DELIBERAR, 2012) De fato, quando a Lei n.º 8.142/90 art. 1 parágrafo 2 afirma que “o conselho de saúde [...] atua na formulação de estratégias [...] da política de saúde” (BRASIL, 1990b), o que se está expondo é uma função deliberativa do conselho de saúde.

Outro exemplo é o art. 37 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), quando afirma que “o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”. Além disso, segundo o artigo 26, “os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde”.

O conselho de saúde também pode convocar uma conferência de saúde extraordinária.

As funções consultivas de um Conselho de Saúde são igualmente importantes, ainda que um conselho não deva se contentar em desempenhar apenas este papel. Exemplos:

- propor adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade;
- “propor medidas para o aperfeiçoamento da organização do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”. (BRASIL, 1993)

Quanto às funções fiscalizatórias, cabe ao Conselho de Saúde estar vigilante no que se refere a:

- “[...] recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a);
- “[...] desenvolvimento das ações e serviços de saúde [...]”. (BRASIL, 1993)

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Outra instância de participação social são as Conferências de Saúde. Enquanto os Conselhos são órgãos permanentes, as Conferências são eventos realizados a cada quatro anos ou, extraordinariamente, quando convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde. Em função da periodicidade com que acontecem, sua finalidade é “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”. (BRASIL, 1990b)

As Conferências, tal como os Conselhos de Saúde, devem ser paritárias. A representação nas Conferências costuma ser ascendente: nas municipais são eleitos os representantes para as estaduais e nessas são tirados os delegados para a nacional. Um município muito grande pode ter, antes da Conferência municipal, Conferências distritais e locais. O fato é que as Conferências permitem que um número de pessoas

muito maior que o de conselheiros possa discutir e decidir sobre saúde. Apenas para ter uma ideia: da Oitava Conferência Nacional de Saúde participaram mais de 4 mil pessoas, das quais mil eram delegados – ou seja, com direito a voto.

AS DIFICULDADES DO DIA A DIA

Vimos como devem ser os Conselhos e Conferências de Saúde. Criar ou não um Conselho de Saúde não é uma opção do gestor, é sua obrigação. Recomenda-se que os conselhos sejam criados por uma lei própria, discutida e aprovada pelo poder legislativo da respectiva esfera de governo. Também é desejável que o Conselho se reúna com periodicidade, que conte com uma estrutura apropriada, tal como sala de reunião e funcionários. Isso porque, além das reuniões gerais do Conselho, existem também comissões internas que se propõem a estudar assuntos específicos, como orçamento e recursos humanos, por exemplo.

Gostaríamos de advertir que nem sempre o cumprimento de todas as exigências legais garante uma participação social efetiva. Muitas vezes o Conselho atende a todas as obrigações e recomendações, mas não toma para si, de fato, as funções deliberativas e fiscalizatórias. Não são raros os Conselhos de Saúde que se limitam a aprovar passivamente todos os projetos que o gestor encaminha – e que só os submete à votação quando obrigado. É comum não só conselheiros desconhecerem seu papel, como também gestores dificultarem a ação do conselho, não disponibilizando a informação necessária; não cumprindo cronogramas que permitam tempo para análise e debate das propostas; não efetivando as deliberações tomadas pelo conselho. Também é comum, o uso dos conselhos somente como forma de legitimar e dar uma aparência “democrática” à gestão.

Inúmeros Conselhos de Saúde cumprem apenas a formalidade da aprovação automática de planos de saúde, relatórios de gestão e projetos que se destinem à captação de verbas federais. Não é rara a

indicação de conselheiros, que deveriam representar usuários, ser feita por prefeitos. São abundantes os casos em que gestores e profissionais de saúde monopolizam o controle da pauta. Tudo isso porque a institucionalização de mecanismos de participação social – Conselhos e Conferências de Saúde – não garante por si só a existência de uma participação social efetiva. O desafio, portanto, é muito maior que o de cumprir e fazer cumprir a lei: trata-se de tirá-la da frieza dos compêndios jurídicos e insuflá-la de vida, trazendo-a para o meio das pessoas.

COMO FAZÊ-LO?

Para tal não existe receita, mas alguns princípios podem ser levados em conta. Um deles poderia ser resumido da seguinte forma: se você quer que as pessoas participem, valorize o que elas têm a dizer. É muito comum os profissionais de saúde, do alto de seus conhecimentos técnico-científicos, desqualificarem as falas, as preocupações, as proposições dos usuários, perdendo assim a oportunidade de estabelecer um diálogo entre saberes que são diferentes, mas que se complementam.

Também é extremamente fácil a acusação de que as pessoas são desinteressadas, que não participam das reuniões. A experiência na área leva a pensar que as pessoas tendem a abandonar espaços de “participação” tão cedo percebem que suas decisões não são encaminhadas; que as informações necessárias à tomada de decisão não se encontram disponíveis; que a participação permitida se restringe a dizer sim ou não a propostas que chegam prontas. Outro ponto a salientar é a necessidade de que exista um efetivo vínculo entre o “representante” e os “representados”, e que as posições defendidas no Conselho por aquele sejam discutidas com estes, a fim de que seja garantida a legitimidade da representação.

Por outro lado, há experiências riquíssimas de participação social verdadeira e com resultados. Há também gestores comprometidos com a qualidade do serviço, aos quais interessa que a população seja coautora do processo.

E você? Conhece ou já ouviu falar do conselho municipal de saúde de sua cidade? Pense nas unidades de saúde que você já conheceu: elas têm conselho local de saúde? Quem são os conselheiros? Por que não tentar conhecê-los?

Torne a ler a história da cidade de Luz das Trevas. Como analisa a situação agora? É possível enxergar uma luz para as pessoas desse município?

HISTÓRIA – PARA FAZER PENSAR

PANACEIA

O município de Panaceia tem 300 mil habitantes, é cortado pelo Rio Azul e pela Rodovia Vai com Tudo, que liga o interior do estado ao Porto da Muriçoca. Sua economia tem como base a produção de calçados e têxteis pelas indústrias situadas no polo industrial e no comércio, que aumentou sobremaneira com a construção do Porto, há cinco anos.

Em volta do polo industrial foi se desenvolvendo o bairro operário Vila Lisboa. O polo teve seu crescimento vinculado à oferta de incentivos variados, tais como isenção de impostos, energia e abastecimento de água gratuitos durante o prazo de 10 anos. Terminado este período, muitas indústrias têm se transferido para outros municípios, aumentando o desemprego local. Com a perda de seus empregos, muitos trabalhadores migram para a Favela do Cuscuz, situada às margens da rodovia Vai com Tudo. Do outro lado da Rodovia, foi construído o conjunto habitacional Berequetê, com a finalidade de cessar o problema das ocupações urbanas irregulares. Tal solução não ocorreu, visto que o processo de empobrecimento dos trabalhadores continuou.

Separada desses bairros pela Rodovia Senador Ambrósio Matos está a área nobre da cidade. O bairro que concentra maior renda é o de Beverly Hills. No entanto, encravada no coração da cidade, está a Favela Arco-Íris, área de antiga ocupação.

Nas proximidades da foz do Rio Azul, há uma área de preservação ambiental, em virtude do delicado equilíbrio ecológico do mangue. Esta área é, entretanto, alvo de uma desenfreada especulação imobiliária, que tem devastado o manguezal para construir condomínios fechados. Do outro lado do rio, o mangue é ameaçado pela Favela do Calango.

O bairro de Santo Antônio é uma tradicional colônia de pescadores, que já existia mesmo antes da fundação do município, há 60 anos. No

entanto, a construção do Porto da Muriçoca diminuiu a quantidade de peixes, acarretando uma brutal perda de rendimentos dos pescadores.

No centro, está a maior parte dos serviços, tanto públicos quanto privados; bem como 90% do comércio da cidade. Palmeiral é um típico bairro de classe média. Do outro lado da estrada fica a região de Cavaliariças, uma área com características predominantemente rurais, com várias chácaras e muitos sítios destinados à produção de hortifrutigranjeiros. Por fim, existe uma área habitada pelos índios taquara, que reivindicam sua transformação em reserva indígena.

51

A Secretaria de Saúde mantinha três unidades básicas de saúde: uma em Vila Lisboa, uma no conjunto Berequetê e outra no centro. Havia também quatro ambulatorios de pronto atendimento particulares, conveniados ao município e todos localizados no centro; dois hospitais estaduais: um no centro e outro na Rodovia Ambrósio Matos; e uma maternidade mantida pela ordem das irmãs Carolinas com contribuições da sociedade.

Todos os serviços de saúde, desde as unidades básicas até os hospitais, atendiam às pessoas que a eles procurassem; não estabelecendo uma população-alvo nem realizando planejamento das ações. A avaliação sempre se dava com base no número de procedimentos (consultas, internações, etc.), não havendo uma preocupação em verificar se aquelas atividades surtiavam ou não um efeito real sobre a saúde das pessoas.

Foi então que uma nova equipe da Secretaria de Saúde começou a implementar uma reforma na saúde de Panaceia. Começou-se pelas unidades de Vila Lisboa e do conjunto Berequetê.

Na unidade do Berequetê, fez-se uma pesquisa para saber de onde vinham as pessoas atendidas. Constatou-se que somente pessoas do próprio bairro e de Cavaliariças procuravam atendimento ali. Intrigada com o fato dos moradores da Favela do Cuscuz não virem procurar atendimento naquela unidade, a equipe pesquisou também a de Vila Lisboa. Seria lá que os moradores do Cuscuz procuravam atendimento?

Não era. Em Vila Lisboa, somente a população do bairro procurava atendimento. O curioso: somente donas de casa e aposentados frequentavam a unidade. Onde estavam os trabalhadores e trabalhadoras do polo industrial, e os índios taquara, que residiam tão próximo?

Continuando a pesquisa, a equipe descobriu que era na unidade de saúde do centro que se consultavam os moradores da Favela do Cuscuz. Tudo isto porque a Rodovia Vai com Tudo é uma via de alto fluxo de veículos, não havendo passarelas para pedestres, ocorrendo muitos atropelamentos. Os habitantes do Cuscuz achavam menos arriscado frequentar a unidade do centro, um bairro muito melhor provido por linhas de ônibus.

Quanto aos operários das indústrias, foi constatado que eles não visitavam nenhuma unidade básica de saúde, pois essas só funcionavam em horário comercial, período no qual estavam nas fábricas. Em geral, estas pessoas aguentavam ao máximo seus problemas de saúde, até que, não suportando mais, iam durante o horário noturno aos ambulatórios de pronto atendimento.

Os moradores da Favela do Calango preferiam procurar os serviços do município vizinho, dado que moravam no limite do município e consideravam esses outros serviços melhores.

Por sua vez, os índios taquara não frequentavam nenhum serviço de saúde oficial, quer deste ou de outro município. Considerando que a medicina dos brancos não tinha respostas aos seus problemas, procuravam resolvê-los com suas próprias tradições. Não era incomum, por exemplo, ao serem internados nos hospitais, fugirem destes antes mesmo de obter alta.

Grande parte da população de Beverly Hills frequentava os serviços de Panaceia somente para obter imunização, pois preferiam buscar tratamento na capital do estado, distante 80 km. No entanto, nos casos de grandes traumatismos, sobretudo nos acidentes de trânsito, era no hospital estadual de traumatologia que obtinham o primeiro

atendimento. Este, por sinal, era o serviço público de saúde de melhor qualidade em todo o município.

FIGURA 1 – MAPA DE PANACÉIA

Fonte: Elaboração própria.