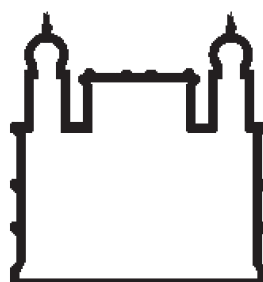




Pós-Graduação em
Atenção Básica em Saúde da Família

**Objeto de
Aprendizagem**

**Bases Legais do SUS:
Leis Orgânicas da Saúde**



FIOCRUZ
MATO GROSSO DO SUL

Bases Legais do SUS: Leis Orgânicas da Saúde

A participação popular e o controle social

Objetivo: Descrever como a participação popular, a mobilização dos movimentos sociais contribuiu para o fortalecimento do Movimento Sanitário, e posteriormente consolidando sua participação, a partir da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 na definição das políticas de saúde como princípio, citando os principais municípios que iniciaram essa estratégia de ação.

Como dito anteriormente, no Brasil, a luta pela saúde, durante as décadas de 1970 e 1980, foi também uma luta pela democracia contra a ditadura, luta esta que ganhou várias formas e se alargou para diversos espaços.

Anteriormente, vimos que, a partir de meados da década de 1970, diversos profissionais de saúde, além de professores e de estudantes em projetos de extensão universitária, organizaram serviços de saúde nas comunidades, com forte envolvimento e participação popular.

A história era semelhante em muitos lugares: a comunidade se mobilizava, conseguia junto às associações de moradores ou à paróquia local um pequeno estabelecimento no qual se pudesse organizar um serviço de saúde comunitário; um movimento era organizado em torno de reivindicações e petições dirigidas aos órgãos públicos. Assim, conquistava-se o posto de saúde como serviço público permanente e profissionais de saúde que já atuavam na comunidade e/ou novos somavam-se a essa atuação.

A população se organizava em comitês de saúde, conselhos etc. e participava ativamente, não só da organização do serviço de saúde, mas também da luta que o bairro fazia em torno do acesso à saúde.

Com a emergência da mobilização popular e o fortalecimento dos movimentos sociais que o Brasil experimentou da segunda metade da década de 1970 até o fim dos anos 80, o movimento popular não só se aprofundou e expandiu, como se configurou em um dos mais dinâmicos eixos de fortalecimento da proposta do Movimento Sanitário.

Paralelo a isso, a chamada “esquerda brasileira” acumulava a crítica, tanto em relação à social-democracia vivida na Europa Ocidental quanto ao chamado socialismo real do Leste Europeu. Entre tantas questões críticas, considerava que, nas duas propostas, o Estado chamava o protagonismo para si, pretendendo fazer reformas e revoluções no lugar do povo e, algumas vezes, até mesmo contra o povo; ou seja, nenhuma das duas propostas seria suficientemente democrática.

Nesse contexto, desenvolveu-se cada vez mais a ideia de que a própria população usuária e implicada deveria participar da formulação e da gestão das políticas e dos serviços públicos, alargando a dimensão pública do Estado a partir de esferas públicas participativas.

Além disso, propunha-se que os trabalhadores de saúde que atuavam nesses serviços deveriam igualmente participar da formulação e da gestão das políticas e dos serviços de saúde, além de assumirem papel ativo na organização e no planejamento de seu processo de trabalho, dando passos para a superação da alienação do trabalho.

A participação popular era vista, assim, como um modo de mobilizar e agregar força social à proposta da Reforma Sanitária, avançando não só na garantia do direito à saúde e, constitucionalmente, de um sistema de saúde, mas de construir concretamente o SUS de modo progressivo e sustentável. Dois mecanismos concretos buscavam facilitar e dinamizar esse processo: a diretriz da descentralização e a diretriz do controle social.

Antes de aprofundarmos a análise da participação e do controle social como princípios do SUS, vale dizer que, entre outras postulações, a proposta de descentralização defendida pelo

Movimento Sanitário trazia a aposta de que a responsabilidade política e a gestão exercida mais próximo dos cidadãos usuários dos serviços facilitariam e ampliariam a capacidade de a comunidade local pressionar politicamente os governos. Isso, associado ao controle social, poderia dinamizar e garantir maior sustentabilidade ao avanço concreto da Reforma e do SUS.

Como decorrência desse ideário democrático, as leis do SUS, particularmente a Lei n. 8.142/1990, amparam a participação da população na definição das políticas de saúde como princípio. Como já vimos anteriormente, são duas as instâncias que asseguram essa participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

E como essa participação e controle pela sociedade vêm acontecendo concretamente em cada município e em cada espaço de trabalho? A associação que buscamos neste texto se dá entre cidadania, democracia participativa e o cotidiano dos serviços de saúde. Em outras palavras, o que buscamos é explorar a relação entre saúde e democracia sob o enfoque da democratização dos serviços de saúde. Para isso, começaremos conhecendo algumas experiências nessa direção:

1. Por meio da Lei n. 6.547/1991, a Prefeitura Municipal de Campinas criou para todas as unidades de saúde os Conselhos Locais de Saúde, compostos por 50% de usuários. Aos Conselhos Locais de Saúde (C.L.S.) compete o acompanhamento, avaliação, indicação de prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela unidade (Art. 2º). Os C.L.S. têm como objetivo básico o estabelecimento, controle e avaliação da Política de Saúde na área de abrangência da Unidade de Saúde, seguindo as diretrizes da Política Municipal de Saúde (Art. 3º).

2. No processo de elaboração do planejamento participativo realizado em uma unidade básica de saúde da cidade de Ribeirão Preto, além dos profissionais de saúde da Unidade, foram chamadas a participar várias organizações comunitárias locais (usuários), que compartilharam com os profissionais e os gestores as decisões acerca das prioridades e estratégias de atuação do serviço de saúde (ASSIS; PEREIRA; MISHIMA, 1997).

3. O Programa Médico de Família de Londrina, no Paraná, foi uma das cinco experiências premiadas como destaque no ciclo de 1996 do Programa de Gestão Pública e Cidadania (iniciativa conjunta da Fundação Getúlio Vargas – SP e da Fundação Ford). Um dos motivos da premiação foi a ampliação da participação popular nos serviços. Segundo o relato da experiência, “A participação da comunidade, sua organização em Conselhos Locais de Saúde e a discussão conjunta das prioridades demonstram que ações de saúde não são atribuições exclusivas dos médicos” (MELAMED, 1997, p. 142).

Como você deve estar notando, o princípio da participação popular no SUS está fortemente vinculado à noção de democracia participativa. Na visão de Jacobi (2002), com a crise da democracia representativa, a participação popular se transformou no referencial de ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, e também de garantia da execução eficiente de programas sociais no contexto adverso das políticas de ajuste estrutural e de liberalização da economia, e de privatização do patrimônio do Estado.

Assim, quando falamos no princípio da participação popular no SUS, estamos nos referindo, entre outras coisas, ao fortalecimento do espaço público e à abertura dos serviços à participação da sociedade civil na elaboração e no controle de suas políticas, tal como pôde ser visto nas experiências citadas.

Para além da necessária participação nos espaços formais de controle social, como nos conselhos de saúde, é possível construir essa democracia cotidianamente nos serviços de saúde? Defendemos que sim.

Há vários modos de participação e estes são fundamentais para fazer com que, efetivamente, os modelos de atenção sejam centrados nas necessidades de saúde dos usuários, estabelecendo um fluxo democratizador de idéias, de debates, de negociações e de compromissos no âmbito de cada serviço.

Para tanto, o estabelecimento de múltiplos canais de escuta nos serviços, de recepção das demandas e de diálogo com a população (conselhos locais de saúde, plenárias locais, oficinas de planejamento e de avaliação, conselhos gestores, ouvidorias, reuniões de equipe abertas, avaliação da satisfação dos usuários, mecanismos de avaliação dos serviços de saúde organizados e aplicados por organizações de usuários e debatidos com gestão e trabalhadores, direito da gestante a acompanhante durante o parto nas maternidades, abaixo-assinados e petições, caminhadas e mobilizações comunitárias etc.) são potentes meios para enfrentar o desafio. Com base nos dizeres de Vasconcelos (2004), afirmamos que práticas inovadoras de gestão dos serviços de saúde, de base mais participativa, carregam possibilidades de resistir e subverter as relações de poder e dominação existentes. Representam possibilidades de desconstrução do autoritarismo profissional, do desprezo ao saber e à iniciativa dos usuários e de seus familiares. Resta saber se nós, profissionais de saúde, estamos dispostos a “reinventar a democracia e a emancipação social” (SANTOS, 2002) em nosso espaço de trabalho.

No desafio de pensar os princípios do SUS e o cotidiano dos serviços, chegamos até aqui, provavelmente, com mais perguntas do que respostas. Afinal de contas, é possível construir um SUS universal, equitativo, integral e com participação popular? Para isso, o que será exigido dos trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família?

As dificuldades para fazer valer esses princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços de saúde fazem com que, muitas vezes, não acreditemos na possibilidade de sua efetivação. Os condicionantes de ordem econômica e política limitam o nosso espaço de construção. No entanto, como diria Campos (1997), é importante retomar aqui uma noção da velha dialética. Trata-se da ideia de que, se, por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam as vidas das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas, como sujeitos, que constroem as coisas, as normas, os valores, as estruturas.

Neste espaço plural que é o serviço de saúde, há distintos projetos em disputa, por vezes não explícitos. Alguns favorecem a concretização dos princípios do SUS, enquanto outros vão no sentido oposto. Se ainda não perdemos a esperança por uma sociedade justa, vale a pena lutar, diariamente, pela construção do SUS; sem dúvida alguma, um dos importantes lugares dessa luta é o cotidiano dos serviços de saúde, onde acontece o encontro entre profissionais e usuários, e onde se concretiza a construção de saberes e práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família, iniciada oficialmente em 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família, que institui uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. A ESF será detalhadamente discutida no próximo módulo.

Como já discutimos, a partir da Reforma Sanitária, muitos foram os avanços vivenciados por nossa sociedade no que se refere ao Sistema Único de Saúde, entretanto muitos também são os desafios a transpor para a efetivação dos princípios do SUS, e embora alguns desafios exijam ações de longo prazo para serem vencidos, é fundamental a reflexão e incorporação de novas práticas e novos contextos no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na ESF.

Esse é o objetivo do Pacto pela Saúde que pretende contribuir na qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da reforma sanitária brasileira. O pacto apresenta-se, portanto, como uma possibilidade real de avanço no processo da reforma sanitária iniciada no Brasil.