

# PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO SUS: ENTRAVES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

## Social participation and mobilization in the unified health system (SUS): challenges and prospects

Camila Rego Amorim<sup>1</sup>, Saulo Vasconcelos Rocha<sup>2</sup>, Maria Ângela Alves do Nascimento<sup>3</sup>, Jefferson Paixão Cardoso<sup>4</sup>,  
Fernanda de Brito Ribeiro<sup>5</sup>, Lélia Renata das Virgens Carneiro<sup>6</sup>

### RESUMO

O Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) traduz o resultado da luta histórica dos segmentos sociais na construção do sistema de saúde através da participação da sociedade. O objetivo deste estudo é discutir o processo de participação e mobilização social no SUS, considerando a conjuntura atual, seus entraves, perspectivas e avanços. Os estudos têm ressaltado diversos aspectos que dificultam o exercício do Controle Social, consequentemente são observadas ações que não defendem o bem comum. Todavia, acreditamos que a participação social é uma conquista cuja valorização dos sujeitos e dos direitos deva ser assegurada através de políticas de saúde que atendam os anseios da sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Participação Comunitária; Planejamento Participativo; Sistema Único de Saúde.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, há aproximadamente duas décadas, vivenciamos as lutas e mobilizações que resultaram na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), um processo de democratização das ações em saúde em. Todavia, é notório que a constante construção do SUS apresenta limites e a legislação por si só não dá conta, não se observando assim concretamente uma cultura voltada para o bem estar

### ABSTRACT

Consumer Participation in the Unified Health System (SUS) reflects the outcome of the historical struggle of social groups in building a health system through the participation of society. The aim of this study is to discuss the process of social mobilization and participation in the SUS, considering the current situation, the barriers, prospects, and progress. Studies have highlighted several aspects that hinder the exercise of Consumer Participation, hence actions are observed that do not uphold the common good. However, we believe that social participation is an achievement, valuing individuals and rights, which should be guaranteed by health policies that meet the aspirations of society.

**KEYWORDS:** Consumer Participation; Participative Planning; Single Health System.

coletivo, de valorização do bem público e de apropriação coletiva. Por isso, a participação e mobilização social no SUS tornam-se necessárias para que o processo seja fortemente democrático, a partir de um espaço de representação da sociedade a partir de movimentos sociais, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviços, entre outros, e de uma população cujas necessidades e interesses envolvam o indivíduo, família e grupos da comunidade.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Camila Rego Amorim, Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB Campus de Jequié, Bahia - Brasil. E-mail: camilafisio\_amorim@hotmail.com

<sup>2</sup> Saulo Vasconcelos Rocha, Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB Campus de Jequié, Bahia - Brasil

<sup>3</sup> Maria Ângela Alves do Nascimento, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana

<sup>4</sup> Jefferson Paixão Cardoso, Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB Campus de Jequié, Bahia - Brasil

<sup>5</sup> Fernanda de Brito Ribeiro, Mestrado em Saúde Coletiva

<sup>6</sup> Lélia Renata das Virgens Carneiro, Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB Campus de Jequié, Bahia - Brasil

A participação é institucionalizada, sendo que o controle social é exercido a partir das suas instâncias colegiadas e deliberativas, dentre elas Conselhos e Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal), com a finalidade de eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão de Políticas Sociais, em prol da adoção de práticas que favoreçam uma maior transparência das informações e maior participação da sociedade no processo decisório.<sup>2</sup>

Neste sentido, o propósito deste paper é discutir a participação e a mobilização social da população brasileira no SUS, seus entraves, avanços e perspectivas.

### Legalização da Participação Social

A reforma sanitária brasileira, impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, representou uma matriz do pensamento político que passou a prevalecer no cenário brasileiro e a partir da qual houve a formação de uma ampla coalizão de interesses, materializados na Assembléia Nacional Constituinte de 1988.

Ressaltamos, contudo, que havia um contexto de reformas democráticas voltadas para redefinir as relações entre Estado e sociedade civil após o longo período de ditadura militar, iniciado em 1964 e cujo modelo de participação societária proposto para a saúde destinava-se a ser reproduzido para as demais políticas públicas. Porém, a plena regulamentação do SUS ocorreu com a aprovação das Leis 8.080<sup>3</sup> e 8.142<sup>4</sup>, apesar de ter sofrido vetos do então presidente Fernando Collor de Mello naquela época, especialmente no que se refere aos mecanismos de transferência de recursos financeiros.<sup>5</sup>

Por conseguinte, a história da democratização da saúde no Brasil é marcada pela coalizão de interesses e exposição das fissuras na relação entre Estado e sociedade civil, já que paradoxalmente o movimento da Reforma Sanitária propôs um modelo de atenção à saúde, alicerçado na universalização da assistência, no controle social e na normalização financeira.

O Controle Social regulamentado através da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990<sup>4</sup>, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através da realização de Conferências de Saúde e formação de Conselhos de Saúde, instâncias estas de ação política que articulam no interior do campo da saúde as ações do Estado e da cidadania com a finalidade de ampliar o Controle Social na gestão do SUS.<sup>6</sup> Destacam-se também outras instâncias de ação política como o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASSEMS.<sup>7</sup>

Conforme o disposto nessa lei, nos Conselhos de Saúde a representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, fato este que garante aos usuários 50% dos representantes, ou seja, 50% do número total de Conselheiros, enquanto os outros 50% contemplam 25% para prestadores de serviços privados e públicos e 25% para os trabalhadores de saúde.<sup>8</sup>

Os Conselheiros devem ser indicados por movimentos, entidades ou associações na condição de não defenderem seus interesses particulares e sim de representarem a sociedade. Ressaltamos neste contexto de exigência legal de paridade e participação coletiva através da representatividade, que as escolhas deverão ser essencialmente democráticas e a participação ativa dos representantes deve ser consciente. No entanto, a baixa politização na conjuntura atual da sociedade brasileira aponta para tomadas de decisões que, na sua quase totalidade, não defendem o bem comum e o interesse de todos e que por sua vez demandam privilégios e poderes de decisão para grupos específicos.

### Entraves da Participação Social no SUS

A Participação e mobilização social no Sistema Único de Saúde é um assunto que vem sendo discutido por diversos autores.<sup>9,10,11,12</sup> Desde as lutas e mobilizações que resultaram na implantação do SUS, o processo de democratização das ações em saúde vem se desenvolvendo e evidenciando que se trata de um sistema ainda acabado, necessitando assim de um processo de construção dinâmico.

Apesar de a implantação do SUS ter sido um avanço importante e significativo, este sistema possui limites no que diz respeito a sua legislação em relação à efetivação na prática deste sistema. Além do mais, não se observa no cotidiano uma cultura para o bem estar coletivo, de valorização do bem público e de apropriação coletiva; ao contrário, o que se nota é a satisfação de objetivos pessoais ou de determinados grupos, especificamente através da troca de favores e clientelismo. Isto torna evidente a necessidade da participação e mobilização social no SUS, no sentido de tornar o sujeito (individual e coletivo) um cidadão com direitos e deveres em defesa da saúde.

A defesa da melhoria da saúde é uma luta histórica da sociedade brasileira, cuja trajetória é marcada tanto por vitórias como por derrotas. Dentre as vitórias, destacam-se a Constituição Federal de 1988, em seus Artigos 6 e 196 a 200 14; a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>; a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS<sup>4</sup> e, mais recentemente, a Resolução do Conselho Nacional de

Saúde nº 333/2003 que delibera sobre a estruturação dos Conselhos de Saúde.

Frente a tais vitórias, alguns entraves têm limitado o avanço e efetivação na prática do Controle Social na saúde. Concretamente, a desigualdade nas condições de saúde da população dá visibilidade à uma realidade que conclama os movimentos sociais, os quais devem exercer o Controle Social sobre a saúde através de uma caminhada de lutas.

No Brasil, os movimentos sociais e especificamente os de saúde têm evidenciado aos seus participantes a necessidade de embasarem suas reivindicações no conhecimento em torno de sua agenda política, ampliando sua capacidade propositiva, crítica e fiscalizadora.<sup>9,10,12,13</sup>

Para tanto, como podemos notar, o Controle Social pode ser um dos campos capaz de dar uma maior visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços instalados ou pela luta em construir um espaço regular para o exercício do Controle nos serviços e na burocratização da gestão da saúde. Torna-se necessário então, a efetivação deste Controle a partir do fortalecimento de políticas de saúde nos municípios pautadas nos princípios e diretrizes do SUS, exigindo assim mudanças no que se refere à constituição e atuação dos Conselhos na prática cotidiana.<sup>15</sup>

Vale ressaltar que, em alguns estados e municípios a tutela dos conselhos objetiva, infelizmente, a cooptação para reduzir a interferência dos referidos Conselhos na administração.<sup>15</sup> Tal cenário poderá ser visto em muitos municípios, nos quais o exercício do Controle Social é caracterizado meramente como uma instância burocrática, tratando-se de uma prática institucionalizada e legalizada cujas formas de representação são obrigatórias e terminam por constituir ‘palcos’ para o exercício do poder e da exclusão social.

Na maioria dos municípios, a implantação dos Conselhos foi resultante de uma política de implantação do Ministério da Saúde, que condicionou o repasse de recursos Federais à criação dos Conselhos Municipais de Saúde.<sup>16</sup> Este processo resultou em Conselhos muito heterogêneos, sendo alguns apenas cartoriais enquanto que outros efetivamente fiscalizam os gestores do SUS.

No SUS, ainda existe uma tímida participação dos membros dos Conselhos - os Conselheiros - visto que a maioria não possui qualificação adequada para contribuir na análise e na resolução dos temas discutidos nas reuniões, ficando muitas vezes alheios ao debate e não expressando, inclusive, a própria voz. Outro aspecto considerado diante da falta de efetiva participação dos Conselheiros é a concentração das informações dos gestores e dos técnicos, que acabam influenciando nas decisões do Conselho.<sup>17</sup>

Em 2006, foi realizado um estudo com o objetivo de investigar a efetiva participação de Conselhos de Saúde na gestão das políticas de saúde, sendo avaliado seu potencial quanto à reestruturação da atenção a saúde através da estratégia da saúde da família.<sup>16</sup> Para tanto, a legislação sobre os Conselhos foi examinada e foram entrevistados os conselheiros e usuários integrantes da mesa diretora sobre diversos aspectos inerentes ao Conselho de Saúde. Os resultados confirmaram que os Conselhos têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de Saúde, mas, ainda assim, estes exerciam Controle Social sobre a gestão do sistema de saúde, incluindo novos atores na discussão de suas políticas que permitem decisões legítimas.

A ausência de Conselheiros capacitados para o exercício de sua representação no Conselho constitui uma grande limitação para a efetividade do Controle Social. No estudo sobre o diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil, seus resultados mostraram uma tendência geral à valorização do ‘discurso competente’, seja ele pronunciado pelos que detêm autoridade hierárquica, seja pelos que têm um saber instituído ainda que falem em nome do usuário.<sup>18</sup> Cabe atentarmos para o uso da linguagem que se pretendam ser dialógicas, a fim de tornar um canal de interlocução e não obstáculo para que os usuários possam exercer o poder.

De acordo com o descrito anteriormente, os entraves são muitos e a realidade prática ainda difere do que é descrito e assegurado por lei. Dentre os limites presentes na prática cotidiana ainda podemos citar a interferência política e partidária, centralização do poder e autoritarismo dos gestores.<sup>1</sup>

## Perspectivas e Avanços do Controle Social no SUS

O exercício do Controle Social ao mesmo tempo em que amplia sua capacidade de intervenção também se apropria de informações sobre as relações entre as condições de vida e o processo de saúde/doença e ações de saúde implementadas pelos governos. A apropriação de informações e saberes aqui delineados representam não apenas denúncias, mas também superação da imagem falsa de que apenas os técnicos possuem o saber e a decisão sobre a informação em saúde e as tecnologias associadas. Propõe - se o estabelecimento de relações solidárias entre os envolvidos - Conselheiros de Saúde - rompendo práticas competitivas e excludentes no cotidiano das relações sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas dentre outras.<sup>19</sup>

A participação social tem um conceito bem mais amplo do que o Controle exercido pelo Estado nos diversos

setores sociais, envolvendo esta a relação dos cidadãos com o SUS através de suas ações e serviços e, de forma coletiva, ações de fiscalização, acompanhamento das políticas e controle dentro do Conselho e das Conferências de Saúde.<sup>20</sup>

Para o sociólogo Herbert de Souza (Betinho), cidadão é aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade e não apenas realiza o discurso de direitos seguidos de deveres. O primeiro discurso é o da consciência cidadã, o qual caracteriza ter consciência como um ato de inteligência humana que processa dentro do sujeito um conceito com todas as suas conseqüências e não apenas de fazer parte, ser parte, tomar parte, ou seja, ver o mundo com o olho de dono.<sup>21</sup>

A participação em assuntos comunitários tem também uma função educativa na medida em que envolvem no trabalho 'voluntário' os participantes, tornando-os mais informados acerca do sistema político.<sup>22</sup>

A peculiaridade do Conselho de Saúde é de ser deliberativo, ou seja, participar diretamente no processo de tomada de decisão, característica esta que o diferencia da maioria das experiências internacionais.<sup>17</sup> Tais conselhos têm caráter deliberativo, competindo ao chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo homologar as decisões tomadas. Para Dallarís *et al.*<sup>6</sup>, tais decisões tratam da formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

Mesmo reconhecendo os avanços, é inegável que há um grande espaço a ocupar e um vasto campo de ação ainda pouco explorado. Particularmente, no campo da vigilância em saúde englobando as diversas vigilâncias (sanitária, epidemiológica e do trabalhador), há uma defasagem entre o que já está estabelecido como possibilidade de ação e o que se concretiza ao nível de funcionamento do conjunto do sistema de saúde.<sup>15</sup>

A comunicação entre o Conselho Municipal de Saúde - CMS e a comunidade têm sido apontada como um aspecto importante a ser aprimorado para melhorar o grau de representatividade da população.<sup>17</sup> Vale ressaltarmos que, a comunicação informal utilizada para a identificação de problemas e para o repasse das informações para a comunidade depende do interesse do conselheiro em estabelecer ou não uma relação contínua com o segmento por ele representado. Uma estrutura mais ágil que pudesse apoiar o trabalho dos conselheiros representaria um pré-requisito essencial para poder estabelecer uma relação mais estreita entre eles e a comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os entraves são muitos e a realidade prática ainda difere do que é descrito e assegurado por lei. Dentre os entraves presentes na prática cotidiana podemos citar: baixa politização da sociedade, burocratização dos Conselhos de Saúde, autoritarismo e manipulação dos gestores locais, recursos financeiros insuficientes, baixa capacidade de resolubilidade da rede de serviços, centralização do poder, modelo de atenção pautado no pronto-atendimento médico, interferência político-partidária e cobrança por fora dos serviços privados contratados pelo SUS.

A baixa politização na conjuntura da sociedade brasileira aponta para tomada de decisões que, na sua quase totalidade, não defendem o bem comum e o interesse de todos e por sua vez demandam privilégios e poder de decisão para grupos específicos.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde são conquistas, mas a consolidação do SUS depende de uma sólida participação social, na qual os usuários, gestores e trabalhadores de saúde são responsáveis por instituírem políticas de saúde que atendam os anseios da sociedade.

Estes são desafios que precisam ser superados para que o Controle Social seja realmente consolidado no contexto do SUS, mas como superá-los? Acreditamos que o caminho da participação social é uma conquista, que depende da valorização do sujeito, colocando-o como protagonista da sua vida na defesa da saúde, assim como de um ensino público de qualidade e à educação permanente.

## REFERÊNCIAS

1. ASSIS MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65): 324-335.
2. SILVA AX, CRUZ EA, MELO V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(3): 683-688.
3. Brasil. Lei n. 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. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1990.
4. Brasil. Lei n. 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.

mentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1990.

5. RIBEIRO JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública. 1997; 13(1): 81-92.

6. DALLARIS S, ADORNO R, FARIA M, SHUGAIR N, TREWIKOWSKI S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Caderno de Saúde Pública. 1996; 12( 4): 531-540.

7. SPOSATI A, LOBO E. Controle Social e Políticas de Saúde. Caderno de Saúde Pública. 1992; 8(4):366-378.

8. BRASIL. Ministério da saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

9. VALLA VV, organizador. Saúde e Educação. Procurando compreender a fala das classes populares. Rio de Janeiro: DPLA, 2000. p.11-31.

10. GARCIA RL, organizador. Aprendendo com os movimentos sociais. Rio de Janeiro: DPLA, 2000. p. 93-108.

11. VASCONCELOS EM. Dificuldades na relação entre o serviço de saúde e a população apesar do discurso institucional de participação. In: VASCONCELOS EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2 ed; 2001. p. 51-74.

12. VASCONCELOS EM. Os movimentos sociais no setor de saúde: um esvaziamento ou uma nova configuração? In: VASCONCELOS EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec, 3 ed; 1997. p. 33-59.

13. DEMO P. Política social e participação. In: DEMO P. Participação é conquista. São Paulo, Cortez, 5 d; 2001. p. 5-78.

14. Constituição (1988). Constituição da República do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988.

15. SPOSATI A, LOBO E. Controle Social e Políticas de Saúde. Caderno de Saúde Pública. 1992; 8(4):366-378.

16. STRALEN *et al.*. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3):621-631.

17. SERAPIONI M, ROMANI O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(11):2411-2421.

18. WENDHAUSEN A. CAPONI S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2002; 18(6):1621-1628.

19. ALVAREZ MC. Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em Perspectiva. 2004; 18(1):168-176.

20. GUIZARD FL, PINHEIRO R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 797-805.

21. CARVALHO GCM. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; 2007. p. 259.

22. LABRA ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA NT *et al.*, organizadores. Saúde e Democracia Histórias e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 353-383.

---

Submissão: abril/2011

Aprovação: dezembro/2011

---