

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

JORGE ALFREDO GIMENEZ PERALTA

A participação popular no SUS: consolidar para avançar ou reformular para qualificar?
Elementos para uma reflexão crítica.

Passo Fundo

2023

JORGE ALFREDO GIMENEZ PERALTA

A participação popular no SUS: consolidar para avançar ou reformular para qualificar?
Elementos para uma reflexão crítica.

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador Prof. Dr. Homero Chiaraba Gouveia

Passo Fundo

2023

Ficha Catalográfica

PERALTA, Jorge Alfredo Gimenez.

A participação popular no SUS: consolidar para avançar ou reformular para qualificar? Elementos para uma reflexão crítica / Jorge Alfredo Gimenez Peralta. Passo Fundo: FLACSO/FPA, 2023.

67 f.:il

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Homero Chiaraba Gouveia

JORGE ALFREDO GIMENEZ PERALTA

A participação popular no SUS: consolidar para avançar
ou reformular para qualificar? Elementos para uma
reflexão crítica.

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado,
Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-
americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo,
como parte dos requisitos necessários à obtenção do título
de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em 14 de junho de 2023

Prof. Dr. Homero Chiaraba
FLACSO Brasil/FPA

Beatriz Martins Moura/FLACSO/ Doutora Antropologia Social
Unb

Efson Batista Lima/ SETRE-BA/ Doutorado em Direito
UFBA

RESUMO

O Brasil sempre foi uma vanguarda em participação popular. O país criou inúmeras experiências participativas ao longo da sua história e destaca-se, na América Latina, na inovação de políticas públicas, participação popular e controle social. Na saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde, o país avançou ainda mais institucionalizando os espaços participativos. Essa institucionalização é fruto de uma longa e rica experiência de participação na saúde, cujo início podemos encontrar na década de 1930, depois fortalecido no período da abertura democrática e, finalmente, na Constituição de 1988. Após a criação do SUS, avançou-se ainda mais com a criação de conselhos municipais, e estaduais de saúde. Hoje, todos os municípios do país possuem seu conselho de saúde. Calcula-se que mais de 80 mil pessoas participem hoje de algumas dessas instâncias participativas no SUS. O mesmo acontece com as Conferências de Saúde, realizadas de 4 em 4 anos. Milhares de pessoas são mobilizadas para discutir as diretrizes do SUS, sempre no primeiro ano do mandato dos gestores municipais ou dos estaduais e federal. Trinta anos após a criação do SUS e dos conselhos e conferências, a participação popular na política de saúde atingiu seus objetivos? Discutir sobre a experiência participativa no SUS foi o que nos propomos fazer neste trabalho de dissertação, norteado pela hipótese de que há um esgotamento ou esvaziamento do processo participativo, sendo necessário, talvez, reformular ou consolidar a participação popular na política pública de saúde.

Uma reformulação da experiência participativa passaria por repensar o modelo, as estruturas, o formato de representação, as formas como as decisões são tomadas dentro dos espaços institucionais de participação na saúde (Conselhos e Conferências). O mesmo pressupõe argumentar que os tempos são outros, os desafios são diferentes, as organizações da sociedade civil aglutinam-se de formas que não são aquelas dos anos da redemocratização e, por consequência, haveria uma necessidade de repensarmos essas formas participativas, propiciando, talvez, a participação de pessoas e ou lideranças que não necessariamente precisam estar vinculados a organizações.

Uma consolidação, por outro lado, implicaria radicalizar o atual modelo participativo, qualificando objetivamente aqueles e aquelas que fazem parte desses espaços, ampliando a formação para que estes que ocupam esses espaços objetivamente

incidam na política de saúde, exercendo com qualidade a função de conselheiro, além de qualificar e aprofundar o debate sobre o direito à saúde e o controle social nas organizações da sociedade civil fazendo com que a representação destes seja de fato na perspectiva de fazer valer a função de conselheiro/a de saúde.

E, finalmente, concluímos que não há uma exclusão de opções no desafio sobre o controle social no SUS. Tanto é necessário consolidar um modelo que na nossa perspectiva ainda responde à estratégia de participação popular na saúde, mas ao mesmo tempo é possível incluir mudanças, propor alternativas mesmo que a essência do modelo seja mantida.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social; Controle Social; Democracia; Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. ASPECTOS POLÍTICOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS.....	10
1.1 A SAÚDE E A GARANTIA DO COMÉRCIO.....	10
1.2 A SAÚDE E O CUIDADO COM OS TRABALHADORES.....	15
1.3 A SAÚDE E A MEDICINA MODERNA.....	17
1.4 A SAÚDE E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	21
2. ASPECTOS NORMATIVOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS.....	27
2.1 O SUS E A CONSTITUIÇÃO FEERAL DE 1988.....	27
2.2 AS LEIS ORGÂNICAS DO SUS.....	33
2.3 LEI COMPLEMENTAR 141/2012 E PORTARIAS	44
3. ASPECTOS/ELEMENTOS CRÍTICOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS: CONSOLIDAR PARA AVANÇAR OU REFORMULAR PARA QUALIFICAR.....	50
3.1 ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA CRISE PARTICIPATIVA NO SUS.....	52
3.2 ELEMENTOS CULTUIRAIS DA CRISE PARTICIPATIVA NO SUS.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

INTRODUÇÃO

A democracia brasileira tem vivido, nos últimos tempos, momentos turbulentos. As instituições democráticas tem sido testadas a todo momento, os poderes da República têm se deparado com decisões, falas e procedimentos que colocam em xeque a normalidade do país.

Diante desse cenário, tem sido cada vez mais comum a proposição de que a Democracia brasileira, diferentemente do que se imaginava, não está consolidada, podendo haver retrocessos que nos lembram os sombrios tempos da década de 1960 e 1970. Aliás, tem sido cada vez mais comum encontrar defensores e defensoras que sustentam que a ditadura militar foi, na verdade, uma revolução que salvou o país do comunismo.

Acreditava-se, por muito tempo, que após a transição da ditadura para a democracia, o país tinha consolidado sua opção democrática, restando agora discutirmos sobre a qualidade dessa escolha. Ou seja, retrocessos democráticos, embora sejam possíveis, não atingiria a democracia brasileira. O que pesquisadores das ciências sociais seguidamente mencionavam era de que após a consolidação democrática, o que devemos analisar é qual a qualidade da nossa democracia.

A realidade, porém, mostrou-nos que longe de estar consolidada, a democracia brasileira era frágil, as instituições podem ser subvertidas, os poderes podem ser corrompidos e uma quantidade cada vez mais numerosa de cidadãos e cidadãs identificam-se com posições extremistas, autoritárias e antidemocráticas.

Diante desse cenário, discutir sobre controle social, uma das nossas grandes conquistas na Constituição de 1988, é urgente e necessário.

Este trabalho irá discutir, nos capítulos seguintes, o controle social no SUS que na legislação é entendida como participação da comunidade. A pesquisa tem por objetivo dialogar com a hipótese de que o atual cenário da política participativa no Brasil, particularmente na saúde pública, apresenta limites e desafios. Parte-se da hipótese de que há um esgotamento da participação popular no SUS e uma espécie de esvaziamento, particularmente dos conselhos e das conferências, duas das instâncias participativas da política de saúde.

Para dialogar com essa afirmativa, problematizamos a ideia de que diante de tal esgotamento ou esvaziamento, seria então necessário consolidar para avançar no ideário participativo ou reformular para qualificar a participação popular.

Para dar conta do enunciado, o trabalho será dividido em três capítulos. No primeiro capítulo faremos uma construção histórica da política de saúde no Brasil, tendo como ponto de partida o século XX e finalizando na conquista do SUS em 1988. No segundo capítulo abordaremos os aspectos normativos da participação da comunidade, com ênfase na regulamentação do mesmo. No terceiro e último capítulos retomaremos alguns dos limites e problemas apontados por pesquisadores e finalizamos com o indicativo de que tanto a reformulação quanto a consolidação podem ser consideradas como possibilidade diante dos desafios, problemas e limites da participação popular.

1 ASPECTOS POLÍTICOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS, tem um longo e riquíssimo processo histórico de construção como política pública. Talvez seja uma das poucas políticas públicas que efetivamente congregou, na sua construção, uma verdadeira e ampla participação popular, desde a sua concepção até a sua efetiva implementação.

Para tratar sobre o aspecto histórico dessa construção, este capítulo irá buscar, na história, os elementos constitutivos que tornaram possível a discussão, o debate e a construção de uma política pública com um amplo processo participativo desde a sua concepção, o que, segundo nossa análise, irá colocar a luta pela Saúde no Brasil, no patamar de relevância não apenas para a garantia do Direito à Saúde, mas também a Democracia.

Para entender esse processo, uma rápida reconstrução histórica da política de saúde no país nos ajudará a identificar elementos constitutivos do Sistema Único de Saúde que mesmo em concepções muito diferentes, possibilitaram a construção de uma lógica de política de saúde que tem por objetivo a garantia do direito à saúde com participação popular.

1.1 A saúde e a garantia do comércio

Assim, no início do século XX, a política de saúde no país estava centrada especialmente na necessidade de garantir o comércio, em particular as exportações, evitando que as doenças como malárias, tifos e outros de caráter infecto-contagiosas se espalhassem, especialmente nas cidades portuárias como Rio de Janeiro e Santos. A preocupação em torno do controle das doenças nas cidades portuárias era em virtude da necessidade de garantir a exportação do comércio, especialmente o café, base da economia brasileira. Falando sobre o tema, Bertolli Filho dirá que:

(...) as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Tratava-se, na verdade, de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional – as cidades e os produtos. O meio rural seria relegado a um sombrio segundo plano, só chamando a atenção dos médicos e das autoridades quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola e extrativista destinada à exportação. (BERTOLLI FILHO, 2011 p. 16)

Bertolli Filho resumiu a preocupação das autoridades públicas no tema da saúde, limitando-se exclusivamente à garantia das exportações para atender as áreas vitais da economia nacional.

É importante considerar que neste período a forma de tratar da saúde estava vinculada ao chamado medicina de família. Ou seja, as famílias, especialmente aquelas que faziam parte da elite econômica, tinham seus médicos que os cuidavam. Por consequência, a grande maioria da população não tinha cuidados médicos específicos, muito menos como política pública de saúde.

As circunstâncias históricas, porém, vão exigir que as primeiras propostas de política pública, mesmo que na perspectiva policialesca (IYDA, 1994), comecem a ser formuladas diante da necessidade tanto de controle das doenças em virtude da economia, quanto da própria necessidade cada vez mais latente em cidades que começam a crescer, quase todas de forma desordenada, como consequência inclusive de um novo momento político do país.

Do ponto de vista histórico, o início do século XX será marcado por grandes acontecimentos que terão consequências importantes, inclusive na política de saúde. Em 1888 o decreto da Lei Áurea¹ irá abolir a escravatura, com consequências importantes do ponto de vista econômico e social e em 1889 a Proclamação da República² e a sua consequente relação com a reorganização da elite política e econômica do país. Os dois episódios históricos citados irão exercer uma consequência importante na forma de abordagem da saúde como elemento importante da sociedade. Vejamos

A experiência escravocrata no Brasil está vinculada, em partes, à cultura do café. Ou seja, os escravos trazidos foram para o trabalho nas fazendas que produziam, na sua grande maioria, o café. Portanto, estes, os escravos, foram os sujeitos centrais para a manutenção da base da economia brasileira à época. O Brasil, em virtude da grande mão de obra escrava, foi o principal exportador de café no mundo. Navios vindos de todas as partes atracavam nos portos brasileiros, especialmente no Rio de Janeiro e em Santos, para escoar a produção, levando o café especialmente para a Europa. (PORFIRIO, BLUM e SILVA, 2021)

A elite política e econômica, portanto, estava vinculada à economia do café. (BAPTISTA, 2007). Eram os cafeicultores, grandes proprietários de fazendas, os senhores da vida política e econômica do país. Essa cultura de produção do café com mão

¹ A Lei Áurea, também conhecida como Lei Imperial nº 3.353, foi promulgada no Brasil em 13 de maio de 1888. Essa lei representou a abolição da escravidão no país, declarando que todos os escravos eram considerados livres.

² A Proclamação da República ocorreu no Brasil em 15 de novembro de 1889. Foi um evento histórico que marcou o fim da monarquia e o estabelecimento de um governo republicano no país.

de obra escrava e exportada para os grandes centros urbanos do mundo permaneceria até o final da década de 1888 quando, por pressão e intensa mobilização, o Império, com a assinatura da princesa Isabel, decretou o fim do trabalho escravo no Brasil. (DO LAGO, 2014)

Com a abolição da escravatura e com o aumento da população em geral, o país vai experimentar as primeiras grandes aglomerações em cidades, especialmente portuárias. O Crescimento populacional nas cidades, quase sempre de forma desorganizada e em condições precárias, faz emergir as primeiras periferias dos centros urbanos com uma boa parte da população advinda do trabalho escravo. (CAMPINAS, 2004).

A mudança demográfica do Brasil com a abolição da escravatura e a permanência da economia baseada na exportação do café terá os primeiros impactos significativos na maneira como o país vai enfrentar a problemática da saúde. Como afirmamos nos parágrafos anteriores, a preocupação central da elite econômica é a garantia da exportação do café para fora do país. Com a urbanização precária e as condições de vida nesses centros urbanos sem a estrutura adequada de saneamento, as cidades tornaram-se espaços propícios para o surgimento de doenças, especialmente infecto-contagiosas. É o que disse Bortolli Filho quando descreve a situação sanitária:

A desorganização dos serviços de saúde nos primeiros anos da República, aliás, facilitou a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país. Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser assaltadas por varíola e febre amarela e ainda por peste bubônica, febre tifoide e cólera, que mataram milhares de pessoas. (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 13)

Por outro lado, as consequências do surgimento das epidemias rapidamente começaram a se fazer sentir, em particular na economia. Os navios se negavam a atracar nos portos brasileiros com medo das doenças, o que impacta na importação do café. (POLIGNANO, 2023)

Com a economia afetada, as primeiras preocupações em torno da política de enfrentamento das doenças nas cidades, particularmente portuárias, começaram a ser pensadas. É nessa conjuntura que as primeiras políticas de saúde irão aparecer na história do país. Ou seja, pressionados pela situação econômica, a elite política é obrigada a pensar nas primeiras ações de saúde, particularmente para controlar as doenças e normalizar as exportações. (BERTOLLI FILHO, 2011)

O surgimento das primeiras ações de saúde é um ponto importante na reflexão que pretendemos fazer neste trabalho pois demonstra uma relação direta do conceito de saúde à garantia das condições para o desenvolvimento da economia. Em outras palavras, a

preocupação em torno da saúde não se dá em virtude do direito e sim em virtude da necessidade de criar as condições necessárias para que a exportação do café não seja afetada pelo aparecimento das doenças que se espalham pelas cidades portuárias. É o que disse Oliveira e Souza quando afirmam que:

“A atenção do governo brasileiro se situava, estrategicamente, nos chamados "espaços de circulação de mercadorias", ou seja, as estradas e os portos, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos. Além disso, era importante para o Estado criar condições para incrementar a política de imigração, incentivando a incorporação de mão-de-obra imigrante para as culturas cafeeiras. As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se dão a partir de interesses puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do país ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Não se pode dizer, então, que à essa altura se tinha uma política nacional de saúde pública, com objetivos claros de melhorar as condições de vida da população”. (OLIVEIRA e SOUZA, 2012, pg. 23)

Obviamente não se pode esperar que no início do século XX se tenha a compreensão que se tem hoje da política de saúde atrelada à ideia do direito. Porém, é importante resgatar esse processo histórico, pois ele será a base das primeiras preocupações em torno do cuidado à saúde e a política pública como resposta às demandas pelos serviços de saúde.

Diante do cenário de epidemias, uma das primeiras iniciativas públicas de enfrentamento do problema foi a chamada higienização das cidades (COSTA SILVA et al., 2010). Essa ação implicava, entre outras coisas, na vacinação obrigatória das pessoas contra determinadas doenças para efeito de controle, além da imposição de outras medidas sanitárias. (FILHO, 2011) Em virtude da natureza de imposição das medidas sanitárias, muitos pesquisadores denominam essas ações como Policialescas, que se contrapõem à ideia de uma política pública moderna de cuidado, prevenção e construção coletiva das soluções de saúde. Referindo-se a esse período, Bertolli Filho afirma que:

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves. (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 27)

Uma dessas ações policialescas mais conhecida do período foi a chamada Revolta das Vacinas, um movimento que contestava a obrigatoriedade de vacinação para o

controle das doenças.³ A revolta das vacinas será um episódio importante na história da política de saúde pois representará a primeira resposta à uma noção de política pública impositiva. A incorporação da participação popular que caracteriza o atual sistema público de saúde será exatamente na contramão dessa compreensão impositiva das ações de saúde.

Outro aspecto muito importante deste período foi o desenvolvimento das primeiras instituições de pesquisa na área da saúde. Diante da proliferação das doenças e com o seu consequente impacto na economia, surgiu a necessidade de desenvolver estudos que permitam entender os problemas de saúde e encontrar alternativas, mesmo que sua aplicação seja na imposição. Era preciso entender as doenças, como ela se espalhava, que fatores permitiam sua proliferação, como controlá-las e que mecanismos aplicar para evitar novas epidemias.

Foi o que proporcionou o surgimento, por exemplo, da Fundação Oswaldo Cruz, a FIOCRUZ. Esta instituição, que existe até hoje, irá desenvolver as primeiras vacinas para as doenças da época e será de fundamental importância para o controle das epidemias nas primeiras décadas do século (POLIGNANO, 2023)

Os elementos históricos trazidos até aqui constituem, para o objeto desta pesquisa, dois elementos importantes. O primeiro deles é entender que as primeiras ações de política de saúde no Brasil estavam atreladas aos interesses da economia. Os problemas de saúde, portanto, só foram objetos de política pública no momento em que começou a afetar ou comprometer a economia do momento. (ESCOREL, TEIXEIRA, 2012) Os navios com medo de levar às doenças para a Europa começaram a se negar a atracar nos portos e com isso comprometeu a exportação do café, consequentemente comprometendo a economia nacional. Diante disso, a resposta foi a criação de uma política de saúde que permitisse controlar as doenças.

O segundo elemento importante tem a ver com o surgimento, por um lado de instituições de pesquisa públicas como a Fiocruz, mas por outro lado a contestação às ações policiais de enfrentamento da doença. Isso posteriormente será igualmente importante para a noção de uma política pública de saúde que ao invés de impositiva, é participativa.

³ Liderados por um grupo de cadetes positivistas que eram oposição ao governo, muitos se revoltaram acusando o governo de despótico, de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça de bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força. A revolta é reprimida pois a questão da saúde ainda era concebida como uma questão policial" (CEFOR, s.d.)

A imposição no tratamento às doenças obedece, logicamente, às demandas por cuidados de saúde em virtude do impacto no modelo econômico vigente das epidemias. Mais uma vez, como ressaltamos desde o começo, a preocupação não é propriamente com o direito das pessoas, não se está buscando garantir o direito à saúde das populações acometidas pelas doenças, neste caso, das pandemias. A preocupação reside na necessidade de viabilizar sanitariamente o atracamento dos navios para a exportação do café.

1.2 A saúde e o cuidado com os trabalhadores

Um segundo momento do processo histórico do conceito de saúde surge na metade do século XX, particularmente com o advento da industrialização no país. Uma vez a economia cafeeira em declínio, uma nova classe econômica surge no país e, com ela, novas formas de relações sociais, em especial no campo trabalhista.

O advento das indústrias provoca, na economia brasileira, um novo cenário de relações sociais, particularmente trabalhistas, o que vai provocar, igualmente, um cenário favorável para o surgimento de lutas em torno dos direitos. Inspirados na experiência europeia do século XVIII no bojo da Revolução Industrial e incorporando as experiências trazidas pelos imigrantes que chegavam no país, surgem as primeiras grandes mobilizações sindicais em torno dos direitos trabalhistas e, conseqüentemente, o conceito de saúde irá sofrer uma adaptação a essa nova realidade.

Em 1919 aconteceu, no ABC Paulista, a primeira grande greve geral que iria marcar a conquista de direitos trabalhistas no país (RODRIGUES, 1995). Pautas como redução da jornada de trabalho, férias e décimo terceiro salário estavam entre as principais bandeiras de reivindicações dos grevistas. Embora a saúde como bandeira de luta não tenha estado como centralidade das reivindicações das grandes greves que irão marcar o período da industrialização, estará presente dentro de uma lógica da seguridade social, em partes inspiradas também na experiência europeia.

Ou seja, quando o Estado brasileiro se depara com as greves realizadas pelos trabalhadores reivindicando os direitos trabalhistas, a resposta será justamente na perspectiva de ampliar o direito destes, em particular incluindo o tema da aposentadoria, no modelo que a Europa já experimentava, especialmente na Alemanha de Bismarck ⁴

⁴ O sistema de seguridade social de Bismarck abrangia três áreas principais: seguro de saúde, seguro acidentário e aposentadoria. Essas medidas foram pioneiras para a época e estabeleceram as bases de um modelo de seguridade social que seria posteriormente adotado por outros países.

O governo de Getúlio Vargas, atendendo as reivindicações dos trabalhadores, irá propor a criação, das Caixas de Aposentadorias e Pensões, as CAPs. Estes começam a funcionar no modelo europeu de financiamento tripartite. Ou seja, os trabalhadores de determinadas fábricas terão uma caixa comum em que tanto eles, os trabalhadores, como os patrões e o Estado, irão contribuir para que depois de determinado tempo de trabalho, possuam direito a se aposentar.

Além da proposta de aposentadoria por tempo de trabalho e contribuição, outros direitos também serão conquistados, numa resposta do Estado brasileiro frente às chamadas ameaças comunistas dos operários. Foi assim que o direito às férias, décimo terceiro salário, 40 horas de trabalho semanal entre outros foram conquistados. Tratando sobre esse período, Amélia Cohn (2000) vai chamar de cidadania do trabalho. Diz ela:

É, portanto a partir da década de 1920 que a questão social no Brasil passa a ser incorporada pelo Estado, via trabalho, formalizando-se assim o estatuto da cidadania para determinados segmentos sociais, enquadrando-o juridicamente num aparato que reunia e articulava legislação trabalhista, legislação sindical, e previdenciária (COHN, 2000, p. 392)

E a saúde, por consequência, sofrerá impacto dessas mudanças sociais. Se no período anterior à industrialização o conceito estava atrelado à realidade econômica da sociedade brasileira, como argumentamos na primeira parte deste trabalho, no período industrial não será diferente.

As primeiras experiências de construção de uma proposta de aposentadoria também vinculava o acesso aos serviços de saúde. As CAPs, além de possibilitar a aposentadoria do trabalho após sua contribuição no formato tripartite, oportuniza o acesso aos serviços de saúde caso o trabalhador precise. Dali decorre o conceito de saúde daquele período em que ao mesmo só tinham direito aqueles e aquelas que estavam formalmente vinculados ao mercado de trabalho via carteira assinada.

Tratando sobre o tema, Bertolli Filho argumenta que:

O modelo oferecido pela Lei Elói Chaves foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas, que na década de 30 aplicou a várias categorias profissionais. Organizaram-se então as caixas de aposentadorias e pensões e os institutos de previdência. Sob a tutela do Estado, esses órgãos garantiram assistência médica a uma vasta parcela da população urbana, sem gastar nenhuma verba da administração federal (BERTOLLI FILHO, 2011, p 33)

Essa relação do acesso à saúde vinculado ao trabalho, ou seja, à carteira de trabalho, implicava na ideia de que o Estado apenas tinha interesse em cuidar daqueles e daquelas que contribuem com a economia industrial. Por isso, como afirmam alguns pesquisadores, se no período anterior à saúde era uma preocupação apenas porque o

seu impacto sentia-se na estrutura econômica da sociedade, no período da industrialização não foi diferente.

Importava e exigia cuidados e preocupação por parte do Estado apenas aqueles trabalhadores, vinculando, mais uma vez, à preocupação da saúde com a questão econômica. Os trabalhadores precisam e devem ser cuidadosos porque são os que movimentam a economia, são os que produzem a riqueza e, por isso, merecem cuidados. Não era do interesse da indústria que o trabalhador adoecesse, daí o cuidado necessário e o acesso aos serviços de saúde apenas para estes.

Por isso, considerando o descrito acima, podemos afirmar que a política pública de saúde na era Vargas também respondia apenas aos interesses da economia e não ao direito das pessoas. Como podemos observar, a saúde não era uma preocupação para com todos, era focalizado, apenas para alguns, em particular para os que estavam no mercado de trabalho. A perspectiva universalista da saúde como conhecemos hoje será incorporada muito tempo depois.

Tratando sobre o tema, Escorel e Teixeira afirmam que:

Apesar do incremento da assistência médica individual determinada pela expansão do modelo previdenciário, é necessário observar que essa assistência se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do Estado, instituído pelo governo de Getúlio. Nesse sentido, todo o aparato institucional previdenciário e de assistência médica foi vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1931. Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado (SCOREL, TEIXEIRA, 2012 p. 300)

Por conta dessa margem de subempregados e desempregados que não eram contemplados pelo modelo focalizado de política de saúde teremos, no Brasil, as santas casas de misericórdia, especialmente ligadas às ações de caridade da igreja católica e que serão os responsáveis de cuidar dos chamados “indigentes”, ou aqueles que estão à margem do mercado de trabalho.

1.3 A saúde e a medicina moderna

É importante reforçar a ideia de que a construção histórica do conceito de saúde sempre teve relação com a economia. Saúde e economia, podemos dizer, andam juntos, caminham juntos e, como veremos, mesmo depois da incorporação da saúde como direito humano fundamental, o mesmo não se dissociou. E é nessa relação quase que umbilical da saúde com a economia que surge a próxima fase histórica do conceito de saúde. É o período conhecido como a Revolução Industrial da Medicina.

Um conjunto de elementos históricos, que não são objetos deste trabalho, irão proporcionar uma verdadeira revolução na medicina. Com a chamada revolução verde nos Estados Unidos, a medicina irá se apropriar das tecnologias desenvolvidas, incorporando para si uma série de mudanças que serão estruturais na maneira como as pessoas se relacionam com a saúde. Se, no início do relato histórico do conceito de saúde dizíamos que as famílias tinham seus médicos particulares, chamados de médicos de família e o tratamento em situações de doença era feito em casa, agora, na medicina moderna, o mesmo se dará num espaço que aglutina as mais avançadas tecnologias para tratar, como afirmam alguns pesquisadores, cada pedaço do corpo humano.

A relação com a Revolução Industrial tem um paralelismo no que se refere à sua origem. Se a revolução industrial consistia na concentração de máquinas nos galpões chamados de fábricas, na medicina moderna a concentração de aparelhos num único lugar seria chamada de Hospital. O hospital, na moderna medicina, será o lugar onde a saúde acontece, ou, o lugar onde a doença será tratada com as mais avançadas tecnologias que a ciência permite.

Essa mudança estrutural na maneira como a medicina se desenvolve será central para compreendermos a relação da saúde com a economia no período da industrialização do país. Diferentemente da época anterior em que a política pública de saúde foi pensada para limpar as cidades das doenças que impediam a exportação do café, neste período a política pública de saúde será para cuidar dos trabalhadores, não porque eles merecem e têm direito à saúde, e sim porque é preciso cuidar daqueles que são os sujeitos principais da nova economia nacional, as indústrias. Embora o acesso aos serviços de saúde tenha sido uma conquista dos trabalhadores nas greves realizadas e tenha sido parte das reivindicações dos mesmos, o acesso à saúde como uma das benesses do trabalhador nas indústrias brasileiras é uma estratégia econômica do processo de industrialização

Ainda na mesma perspectiva da construção do conceito de saúde e da compreensão do que seja a saúde, o período da industrialização, conhecido como Era Vargas, irá introduzir as primeiras experiências dos chamados planos de saúde. Com isso, o que se estrutura no país como política de saúde não é a compreensão do direito e o acesso das pessoas a elas, como conhecemos hoje. As primeiras experiências modernas da política de saúde e do acesso a elas serão na perspectiva do mercado. Ou seja, para ter acesso à saúde precisa pagar por elas.

Ao descrever o período, Bertolozzi e Greco afirmam que:

Na saúde, as políticas de Planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades (BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 387)

Em que pese tenha sido uma conquista dos trabalhadores o acesso aos serviços de saúde, a característica do mesmo era sua forma restrita, em particular atrelado à ideia do trabalho formal. Ou seja, só tinham acesso aos serviços de saúde aqueles e aquelas que estão formalmente no mercado de trabalho. Os serviços de saúde e o acesso a eles era contributivo e não gratuito e de forma universal como conhecemos hoje.

Com o advento da chamada medicina moderna, caracterizado pelo avanço científico e tecnológico que vai proporcionar a concentração das tecnologias médicas nos grandes centros de atendimento à saúde (hospitais) e com o domínio da teoria hospitalocêntrica⁵ como o futuro da medicina, o acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores igualmente vai estar atrelada a essa nova dinâmica da saúde.

Nesse sentido, com a garantia do acesso aos serviços de saúde atrelado à relação formal do trabalhador com o mercado de trabalho e utilizando-se dos recursos oriundos da política previdenciária conquistada pelos trabalhadores, o governo Getúlio Vargas irá financiar, com recursos dos trabalhadores, a construção de grandes hospitais no país em parceria com o mercado da medicina. Em parceria com a iniciativa privada e na lógica de compreender a saúde como uma grande oportunidade de negócio, lucrando com a doença, a estratégia estatal será conciliar ao mesmo tempo o direito conquistado, pelos trabalhadores, de acesso aos serviços de saúde com o advento do mercado da saúde.

A fase mercadológica do conceito de saúde, como a terceira fase do processo de construção do conceito de saúde no país, caracterizar-se-á justamente pela lógica privada da saúde, em particular compreendendo a saúde não mais como cuidado e controle das doenças infectocontagiosas como era no início do século XXI, nem apenas como o cuidado com a mão de obra da indústria (os trabalhadores) e sim conciliar por um lado o acesso aos serviços conquistados pelos trabalhadores, mas via mercado da saúde.

Ao abordar esse tema, Marques afirma que:

⁵ O termo "hospitalocêntrica" refere-se a uma abordagem ou modelo de cuidados de saúde que coloca o hospital como o centro principal do sistema de saúde, com uma ênfase significativa no tratamento hospitalar. No entanto, é importante notar que a abordagem hospitalocêntrica tem sido objeto de críticas e questionamentos. Muitos sistemas de saúde em todo o mundo têm buscado uma abordagem mais centrada no paciente, com uma ênfase maior na prevenção, cuidados primários e comunitários, além de uma visão mais abrangente da saúde que inclui fatores sociais, emocionais e ambientais. Essa abordagem mais ampla visa promover a saúde e o bem-estar em vez de apenas tratar doenças estabelecidas.

{...} o papel do Estado, em relação à prestação em matéria de saúde, como um direito do trabalhador assalariado, resumia-se à prestação de assistência médica e restringia-se basicamente ao gerenciamento da compra e oferta dos serviços privados de saúde aos beneficiários públicos... Percebe-se, desta forma, que no Brasil a proteção jurídica à saúde de todos, independentemente de quaisquer requisitos como renda e inserção no mercado de trabalho, era inexistente. Os cidadãos não tinham direito de receber qualquer assistência médica ou sanitária do Estado, a menos que preenchessem os requisitos necessários (contribuintes da previdência social (MARQUES, 2009, p. 67-68)).

A lógica mercadológica da saúde que se implementa no país com o advento da conquista de direitos trabalhistas está relacionada com o próprio modelo previdenciário da época. Isso porque, com as grandes greves realizadas, como informamos nos parágrafos anteriores, entre outras conquistas, o direito à aposentadoria foi uma das mais importantes. Além da redução da jornada de trabalho, décimo terceiro salário e férias, a possibilidade de se aposentar após determinado tempo de trabalho e contribuição foi também conquistada. Junto com isso, porém, estava o acesso aos serviços de saúde. Como indicamos nos parágrafos anteriores, a relação formal com o mercado de trabalho era o que permitia o acesso à saúde. Quem não tinha a carteira de trabalho assinada, não tinha direito a esses serviços. Wanderley Guilherme chamaria isso de Cidadania Regulada. Ou seja, a cidadania dependia do reconhecimento formal por parte do Estado. (MOREIRA, SANTOS, 2020).

Nos primeiros anos da política previdenciária, no entanto, o fundo pertencente aos trabalhadores nas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, que depois viriam a ser os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs era volumoso em virtude das contribuições iniciais sem a existência de trabalhadores aposentados. Ou seja, por muito tempo, os IAPs apenas acumulavam contribuições. Calcula-se que em algum momento os recursos das CAPs e depois dos IAPs tenham sido maiores que o próprio orçamento do Estado brasileiro. Diante desse cenário de recursos disponíveis, a política previdenciária foi fundamental para o financiamento da industrialização do país. Isso deu-se, entre outras coisas, com a utilização dos recursos para vários projetos do governo.

Os recursos arrecadados da previdência foram utilizados para um dos principais projetos do governo: o apoio à industrialização. Percentuais variados da arrecadação dos institutos foram, por meio de decretos, recolhidos para a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil, a indústria de celulose, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Companhia Nacional de Alcalis e a Companhia Hidrelétrica do São Francisco. Tal tipo de prática não ficaria restrito exclusivamente a esse período. (SCOREL, TEIXEIRA, 2012, p. 303)

É nesse cenário de recursos volumosos da contribuição obrigatória dos trabalhadores para o sistema previdenciário que vai se desenvolver, como indicado nos parágrafos anteriores, um modelo de assistência à saúde dentro da lógica privada e hospitalocêntrica. Com isso, será o próprio estado brasileiro, gestor dos fundos dos trabalhadores, quem irá proporcionar o desenvolvimento da lógica privada da saúde no país.

1.4. A saúde e o Movimento da Reforma Sanitária

Em que pese o desenvolvimento de uma compreensão de saúde que até então não considerava o princípio do direito como elemento fundante fosse a principal marca do desenvolvimento da saúde no país, como demonstramos na construção histórica, o Brasil irá começar a incorporar no debate da saúde as primeiras discussões em torno de uma nova compreensão da saúde. Isso, porém, precisa ser contextualizado. É o que faremos, mesmo que brevemente.

Em decorrência ou em consonância à luta por direitos trabalhistas e como consequência, igualmente da guerra fria e a disputa de dois modelos de sociedade no mundo, a sociedade civil brasileira começará a incorporar esses elementos e traduzir objetivamente na prática com organizações, mobilizações, paralisações, etc. Gestava-se, assim, um ambiente político de efervescência por grandes e estruturais mudanças na sociedade brasileira. Foi nesse período a discussão em torno das chamadas grandes reformas estruturais tais como Reforma da Educação, Reforma Agrária, Reforma Urbana e a Reforma do Sistema de Saúde.

Segundo alguns analistas, nas décadas de 1930 a 1960, grandes movimentos começaram a se mobilizar no país com o intuito de pressionar o Estado brasileiro a fazer tais reformas. As reformas de base tinham várias facetas como os movimentos guerrilheiros, clandestinos, movimentos sociais, pastorais, estudantis, partidos políticos de inspiração ideológica da esquerda que igualmente estabeleciam relações com os movimentos internacionalistas e comunistas, no ambiente polarizado da guerra fria. Esse, portanto, era o contexto do Brasil e foi nesse cenário que em 1963 será realizado um dos eventos de grande referência para a saúde pública brasileira: a 3ª Conferência Nacional de Saúde.

A 3ª Conferência Nacional, como mencionamos no parágrafo anterior, irá discutir, entre outros temas, alguns dos elementos constitutivos do atual Sistema Único de Saúde. Temas como a descentralização, a universalidade, a municipalização e o

comando único do sistema foram as conclusões aprovadas na Conferência Nacional. Note-se que esses temas estavam muito distantes da compreensão de saúde que o país tinha desenvolvido até então, conforme indicamos nas páginas anteriores.

No cenário de efervescência de movimentos contestatários de um sistema político e econômico excludente, diante das grandes e enormes demandas de reformas estruturais que o país precisava fazer, a classe política civil/militar irá responder com o Golpe Civil Militar de 1964.

(...) com o golpe de 64, o poder foi assumido pelas Forças Armadas. Editou-se o Ato Institucional-1, que suspendeu as garantias constitucionais, permitindo a cassação de mandatos e suspendendo direitos políticos. Além disso, foram extintas todas as organizações que exigiam reformas de base, como o Comando Geral dos Trabalhadores e as Ligas Camponesas ((BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 386)

O golpe marca a resposta definitiva a todo o processo de mudanças que a sociedade civil organizada e cada vez mais numerosa exigia do Estado Brasileiro. Sob o argumento de defender o Brasil do comunismo, todas essas agendas foram paralisadas, movimentos colocados na clandestinidade, partidos políticos de orientação ideológica de esquerda perseguidas, lideranças torturadas e mortas.

A luta pelo direito à saúde no Brasil também foi marcada e manchada pela ditadura militar, também foi torturada, morta, perseguida e anulada. A luta pelo direito à saúde também enfrentou as garras de um estado opressor, violento e que não permitia qualquer avanço social, nem mesmo no direito à vida e ao cuidado da saúde.

Em que pese a perseguição implacável da ditadura militar a toda e qualquer forma de organização que defenda o direito, o movimento pela reforma do sistema de saúde no país, inspirada principalmente nos documentos internacionais de Direitos Humanos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁶ e a Declaração de Alma Ata não parou e ressurgiu assim que as circunstâncias políticas no país foram favoráveis à retomada da luta.

Foi ainda na década de 1970 que no Brasil será organizado o Movimento da Reforma Sanitária⁷. Este movimento foi fundamental para que a conquista do SUS fosse

⁶ A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) é um documento fundamental no campo dos direitos humanos. Foi adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

⁷ O Movimento da Reforma Sanitária ganhou força a partir da década de 1970, com a luta por um sistema de saúde universal e igualitário. Esse movimento foi fundamental para a criação do Sistema Único de

possível. Como nos tempos anteriores à ditadura militar, a discussão em torno da reforma do sistema de saúde irá aglutinar estudantes, acadêmicos, movimentos sociais, pastorais, sindicatos, professores e defensores das reformas de base da década de 30, 40 e 50 num grande movimento no país que ganhará força ao ponto de conquistar, na Constituinte de 1988, a redação que reconhecerá a saúde como Direito Humano Fundamental.

Este movimento é fundamental e ela está em sintonia com o cenário de retomada da mobilização popular que culminará, posteriormente, na redemocratização do país e na superação da ditadura cívico-militar. O movimento por reforma da saúde precisa ser compreendida dentro desse contexto, dentro dessa conjuntura. Uma conjuntura de retomada do processo democrático e de surgimento de novas agendas de luta e conquistas de direitos que aglutinam diferentes campos de luta e mobilização incluindo questões ambientais, de pessoas com diversas orientações sexuais, grupos étnicos, entre outros. Por isso Soraya Cortês (2009) vai definir esse período como um laboratório de experiências de participação.

Por sua vez, Vera Telles vai resumir esse período afirmando que:

Em primeiro lugar, encerramos a década de 80 diante de uma sociedade que não apenas se quer moderna como, em alguma medida, se fez moderna: é uma sociedade que se industrializou e se urbanizou, que gerou novas classes e grupos sociais, novos padrões de mobilidade e de conflito social, deixando para trás o velho Brasil patriarcal; é uma sociedade portadora de uma dinâmica associativa que fez emergir novos atores e identidades, novos comportamentos, valores e demandas que romperam com os limites da 'ordem regulada' estruturada nos anos 30; é uma sociedade, finalmente, que nas últimas décadas criou novas formas de organização e de representação coletiva, foi capaz de inventar mecanismos factíveis de negociação e gerenciamento de conflitos, exigindo por isso mesmo a sua autonomia perante o Estado, numa recusa prática da tradição de tutela estatal (TELLES, 2001, p. 13).

Note-se, ainda, como fundamental neste processo de construção da ideia da saúde como direito à perspectiva política do processo. Nesse sentido, pergunta-se sobre como, apesar do desenvolvimento de uma noção de saúde muito limitada e posteriormente mercadológica, o país teve a capacidade de modificar de forma estrutural a compreensão da saúde. Nesse sentido, pode-se afirmar, inclusive, que o anseio das reformas estruturais anteriores à ditadura militar, realizou-se na reforma do sistema de saúde em 1988. Ou seja, talvez a saúde tenha sido a única das reformas estruturais almejadas, a que objetivamente foi conquistada no processo de redemocratização do país.

Saúde (SUS), que foi consagrado na Constituição Federal de 1988 e se tornou um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo.

Ainda na mesma perspectiva, é importante ressaltar que a profundidade da reforma do sistema de saúde é notável em virtude do seu processo de construção como conceito e como descrevemos neste capítulo. Note-se, ainda, que a ditadura militar se utilizou para aprofundar, ainda mais, a noção de saúde como mercadoria, atrelando o acesso à saúde à relação formal do trabalhador no mercado de trabalho. Durante a ditadura militar, portanto, não houve, obviamente, nenhum tipo de iniciativa que tenha contribuído para essa nova compreensão da saúde. Muito pelo contrário, a noção hospitalocêntrica e mercadológica da saúde mais do que nunca foi aprofundada. É o que afirma Polignano, quando analisa a relação médico-hospital no período da ditadura militar.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. (...) A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84. (POLIGNANO, 2013, p. 15)

Em que pese essa realidade, a sociedade civil brasileira teve a capacidade de se reorganizar apesar da ditadura, teve a capacidade de incorporar os debates internacionais em torno dos direitos humanos e, mais do que isso, teve a capacidade, força e hegemonia suficiente para ampliar a discussão sobre a necessidade da reforma do sistema de saúde nos moldes já presentes na 3ª Conferência Nacional de Saúde, como referimos anteriormente. A síntese desse debate foi a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Esta Conferência foi o marco da conquista do SUS, foi a síntese de um processo de construção da saúde como direito humano fundamental iniciada ainda no período das grandes reformas de base anteriores à ditadura militar. A 8ª Conferência Nacional de Saúde irá reunir as principais características que irão marcar a construção do que em 1990 viria a ser o Sistema Único de Saúde - SUS.

Na perspectiva política da construção da saúde no Brasil, é importante ressaltar alguns elementos centrais que nos interessam em particular neste trabalho. O primeiro deles diz respeito ao caráter ampliado do conceito de saúde. Ou seja, além da ideia geral da saúde como direito humano fundamental, havia uma disputa sobre o que abrange o conceito de saúde. Para o Movimento da Reforma Sanitária, saúde não é apenas ausência de doença, saúde abrange um conjunto de outras políticas e/ou outros direitos que se relacionam com o conceito de saúde. Essa concepção é fundamentalmente incorporada a

partir dos debates da Declaração de Alma Ata⁸. Essa definição então será consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde como modelo de saúde. Por isso, Sérgio Arouca, um dos principais nomes da Reforma Sanitária, irá dizer, no seu discurso como Presidente da 8ª Conferência Nacional de saúde que:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito do trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. (AROUCA, 1986, p.36)

Arouca sintetiza a amplitude do debate da saúde em disputa naquele período e demonstra, em comparação com os processos e momentos anteriores na história do país, um distanciamento da concepção de saúde apenas como garantia da mão de obra ou do comércio, bem contra a saúde compreendida como mercadoria. Além disso, compreendida a saúde na sua concepção ampliada, ela implica igualmente a necessidade de uma mudança política e econômica do Estado Brasileiro que dê conta do enunciado do direito e da amplitude do conceito. Um estado que não garante trabalho, lazer, moradia, alimentação, não pode cumprir o seu dever de garantia do direito à saúde. Saúde, portanto, é estrutural e implica a necessária reforma de outras estruturas do Estado para sua garantia plena.

Essa definição ampliada e suas consequências era muito clara para o Movimento da Reforma Sanitária e podemos dizer que pela via da saúde como direito humano

⁸ A Declaração de Alma-Ata é um documento histórico adotado em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (então parte da União Soviética). Foi um marco importante no campo da saúde global, enfatizando a importância dos cuidados primários de saúde como base para a promoção da saúde e o alcance da saúde para todos. A Declaração de Alma-Ata afirmou que a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos e que o alcance do mais alto nível possível de saúde é uma meta social e econômica essencial. Ela destacou a importância dos cuidados primários de saúde como a abordagem central para atingir essa meta, enfatizando que os cuidados de saúde devem estar baseados em princípios de equidade, solidariedade e justiça social. A declaração definiu os cuidados primários de saúde como o primeiro nível de atenção à saúde, acessível a todas as pessoas em cada comunidade e que abrange promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Ela destacou a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada, levando em consideração fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde. Além disso, a Declaração de Alma-Ata enfatizou a importância da participação da comunidade e do empoderamento das pessoas no planejamento e implementação de políticas de saúde. Ela defendeu a cooperação internacional e a responsabilidade dos governos em promover a saúde e o desenvolvimento social.

fundamental retoma-se a amplitude das reformas necessárias discutidas anteriormente à Ditadura Militar. De alguma forma a reforma da saúde incorpora, na própria concepção de saúde, a necessidade de todas as demais reformas que são necessárias para a realização plena do conceito de saúde.

Na mesma perspectiva do conceito ampliado da saúde e suas consequências, a 8ª Conferência Nacional de Saúde também incorporou outro elemento central do sistema de saúde brasileiro e que diz respeito ao tema desta pesquisa: a participação popular. Nesse sentido, Sônia Fleury afirma "que a forma de garantir uma ampliação do acesso ao direito à saúde seria também através da:

{...} democratização do próprio estado, para que um controle social efetivo seja exercido de maneira transparente, desconcentrada e descentralizada. Só assim seria possível redefinir a política nacional de saúde de maneira efetiva, atribuindo ao Estado democrático, a competência não só de normatização e financiamento, mas de real controle e dever de assegurar a universalização do direito à saúde. (FLEURY, 197, p. 91)

Note-se, portanto, que não se trata apenas da amplitude do conceito de saúde que busca incorporar os demais direitos igualmente fundamentais, trata-se, também, de uma nova e moderna concepção de estado e de democracia em que a participação popular é central. Por isso, a lei orgânica do Sistema Único de Saúde incorporará e normatizará a participação popular no SUS. O aspecto normativo dessa participação é o que iremos desenvolver no segundo capítulo deste trabalho.

2 ASPECTOS NORMATIVOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS:

No primeiro capítulo desta pesquisa revisitamos a construção do conceito de saúde no Brasil até a incorporação legal, na Constituição de 1988, da saúde como Direito Humano Fundamental. O propósito do primeiro capítulo foi identificar os elementos políticos constitutivos de todo o processo de construção do debate da saúde no país. Em particular no período pré e pós ditadura militar, afirmamos que houve no país uma efervescência por mudanças sociais estruturais e a saúde, particularmente, teve um papel fundamental nessa construção.

Retomado o movimento pela Reforma da Saúde no país, a luta por um sistema público e universal foi incorporando outros aspectos e propostas que finalmente seriam a centralidade na concepção da política de saúde. Como indicamos no primeiro capítulo, não se tratava apenas de um conceito ampliado de saúde na perspectiva de incorporar outros direitos. Era além disso. Tratava-se, igualmente, de uma concepção de Democracia e de Estado. De Estado, pois a realização do direito à saúde era responsabilidade precípua do poder público, sendo o privado apenas complementar, e de Democracia pois incorporou, como elemento estrutural da política de saúde, a participação popular em diferentes níveis e de diferentes formas. Com isso, o SUS também implica numa compreensão de democracia, uma democracia que não apenas resumia-se ao que alguns teóricos chamam de democracia procedimental ou eleitoral (ROSTOW, 1970) (DAHL, 1990) (HUNTINGTON, 1990) e sim uma democracia verdadeiramente participativa ou democracia substancial (ALMOND, 1963) (PUTNAM, 1996)

Assim, o SUS inaugurou no país uma nova experiência participativa que ia muito além das Conferências de Saúde. Uma participação substantiva e estrutural em que parte da dinâmica da política de saúde exigia a participação popular, não apenas na sua formalidade e sim na sua substancialidade na medida em que exige o funcionamento dos conselhos de saúde em cada esfera de governo, prevê a discussão e aprovação das contas públicas, prevê a participação na elaboração da política de saúde por meio dos planos de saúde, entre outros. O aspecto normativo dessa experiência é o que vamos abordar neste segundo capítulo da pesquisa.

2.1 O SUS e a Constituição Federal de 1988

A saúde como Direito Humano Fundamental está positivada no artigo 196 da Seção II que trata sobre a saúde na Constituição Federal de 1988. A redação que trata

sobre o mesmo diz: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (*BRASIL, 1988*)

Este enunciado da Constituição Federal traz, além do elemento do Direito e do dever do Estado, a amplitude do que significa garantir a saúde, pois afirma que para a consecução do mesmo, políticas sociais e econômicas são necessárias na perspectiva da redução de riscos à doença e de outros agravos. A referência à necessidade de implementação de políticas sociais e econômicas é fundamental pois remete à ideia de que políticas econômicas excludentes, por exemplo, podem ser consideradas inadequadas ao dever do Estado de garantir o direito à saúde. Por outro lado, a adoção de políticas sociais que tenham como objetivo a redução de riscos de doenças e de outros agravos tornam-se necessárias na perspectiva da garantia do direito à saúde.

Desses dois elementos podemos concluir que a própria redação do que seja o direito à saúde na Constituição de 1988 é de uma amplitude que obriga o Estado Brasileiro a adotar medidas que não se restringem apenas e unicamente ao cuidado da saúde e à garantia do direito.

Nessa perspectiva, Marmelstein afirma que:

os direitos fundamentais devem ser vistos como direitos interdependentes e indivisíveis. Não basta proteger a liberdade sem que as condições básicas para o exercício desse direito sejam garantidas. Por isso, o constituinte brasileiro foi bastante feliz ao positivá-lo, junto com os demais direitos fundamentais, os chamados direitos econômicos, sociais e culturais, que são inegavelmente instrumentos de proteção e concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, pois visam garantir as condições necessárias à fruição de uma vida digna. (MARMELSTEIN, 2011, p. 202-203)

O que preconiza, portanto, a seção II da Constituição Federal de 1988 que trata do Direito à Saúde desde o artigo 196 a 200 e a primeira parte da mesma que trata sobre os direitos sociais fundamentais, é a efetiva e fundamental garantia dos direitos na sua integralidade, atendendo o espírito da própria Constituição que por ter tido o caráter social é chamado de Constituição Cidadã.

Ainda sobre o que podemos chamar de responsabilidade abrangente que recai sobre o Estado ao afirmar a amplitude do direito à saúde, Silva ressalta que:

(...) mais do que a simples positivação dos direitos sociais –que traduz estágio necessário ao processo de sua afirmação constitucional e que atua como pressuposto indispensável à eficácia jurídica –recai sobre o Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso à saúde (SILVA, 2000, p. 199).

Por isso, afirma Abreu:

{...} não basta que o Estado reconheça formalmente o direito à saúde, faz-se necessário que promova todas as medidas políticas, sociais e econômicas para assegurar que esse direito seja integralmente respeitado e plenamente garantido, uma vez que a própria Constituição promete uma sociedade justa, fraterna, solidária, tendo como um de seus princípios basilares a dignidade da pessoa humana. (ABREU, 2014, p. 5-6)

E conclui dizendo que:

A fim de dar efetividade ao dispositivo constitucional que garante o acesso amplo e irrestrito à saúde (art. 196), impõe-se ao Estado a obrigação de formular e implementar políticas econômicas e sociais, com a finalidade de proporcionar melhoria nas condições de vida e saúde dos diversos grupos da população, e, por meio de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos, assegurar o acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (ABREU, 2014, p 6)

Na mesma perspectiva, Sarlet dirá que:

[...] por mais que se queira advogar a causa dos adversários da constitucionalização do direito à saúde (como, de resto, dos demais direitos sociais), a nossa Constituição vigente, afinada com a evolução constitucional contemporânea e o direito internacional, não só agasalhou a saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi além, consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico- constitucional pátria (SARLET, 2007, p. 02).

O exposto na Carta Magna e posterior lei orgânica do SUS, a ser abordado ainda neste capítulo, reforça o que afirmamos nos parágrafos anteriores sobre o caráter sintetizador da Reforma Sanitária ao trazer, para dentro da sua compreensão, a necessidade das diferentes reformas como condição necessária para a garantia do direito à saúde. Ness sentido, o Sistema Único de Saúde retoma os debates pré Ditadura Militar das reformas de base pois somente é possível garantir integral e universalmente o direito à saúde com a adoção de medidas sociais e econômicas que visam a universalidade dos direitos.

Recai também sobre essa compreensão a ideia de que a garantia do direito à saúde no Brasil formou-se numa base reformista do estado brasileiro que, por sua vez, manteve-se numa lógica liberal e privatista, o que para alguns teóricos reforçaria a dificuldade de fazer com que o Direito à Saúde seja garantido na sua plenitude como preconiza a Constituição Federal. Sobre esse tema, Borlini resume a disputa entre duas concepções de sociedade que se contrapõem sobre o que deveria corresponder ao Estado como responsabilidade.

A aproximação da política neoliberal na Europa e América Latina, nos anos 1970, e no Brasil (tardamente) após 1980, traz o desmonte dos princípios do keynesianismo (intervenção estatal no econômico, garantia de pleno emprego e maior investimento no social). A nova abordagem (neoliberal)

prega o discurso que se concretiza por meio de práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado. (BORLINI, 2010, p. 322)

Na mesma perspectiva, diz ela:

Estão em disputa três grandes projetos políticos na sociedade (concebendo projeto político como conjunto de crenças, interesses e concepções que orienta a ação política dos sujeitos): o projeto autoritário, o projeto neoliberal e o projeto democrático-participativo (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006). Em linhas gerais, o primeiro desconsidera a participação social nas ações políticas, excluindo a cidadania e suprimindo os direitos; o segundo tem amplo interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social nas decisões e no controle social; e o terceiro projeto determina ampla atuação política e democrática à sociedade, oferecendo um papel de cogestão à mesma. Ressalta-se, pois, que a relação de forças entre os projetos propicia a forma e intensidade de como os mesmos são implantados. No Brasil, a partir da queda do regime militar, a disputa permaneceu de forma mais intensa entre o projeto neoliberal e o democrático-participativo. As características de ambos podem ser encontradas nos embates políticos, econômicos e sociais que se seguem no fim do século XX até a atualidade. (BORLINI, 2010, p. 323).

O Sistema Único de Saúde é uma política pública concebida na lógica do projeto democrático-participativo. Incorpora, portanto, uma concepção de democracia que não se restringe apenas ao aspecto da participação eleitoral ou não se limita apenas ao funcionamento normal e regular das instituições democráticas como centralidade de uma boa democracia. A política pública de saúde no Brasil tem, por princípio, a participação da comunidade e por isso, na perspectiva de Borlini, a disputa é contra o modelo ou projeto neoliberal que prega a diminuição do estado e a sua ineficiência, cabendo, por consequência, ao privado a tarefa de oferecer os serviços e ao cidadão comprar os mesmos.

Os dois modelos de sociedade ou compreensão de Estado proposta por Borlini demonstra a permanência da histórica disputa entre duas concepções de saúde, objeto do primeiro capítulo deste trabalho. Afirmamos, no capítulo anterior, que desde o início do século XX ou desde as primeiras experiências de cuidado à saúde no país, há dois modelos em disputa que, a depender do momento histórico e das circunstâncias econômicas, respondem a determinados interesses.

A incorporação, no entanto, da saúde como direito humano fundamental e da responsabilidade do Estado como o garantidor do mesmo, conforme o artigo 5º da Constituição Federal e da seção II que trata sobre direito à saúde, será um marco diferencial da maneira como compreendemos a saúde no país e em particular a forma

como concebemos a elaboração da política pública. A participação popular, como um dos princípios e diretrizes do SUS, será fundamental para que a saúde no país, embora reconhecida como direito, não tenha sido apenas um enunciado legal.

A abordagem do aspecto normativo da participação popular no SUS exige, além de discorrer sobre os modelos de estado em disputa após 1988 e do reconhecimento da saúde como direito das pessoas e responsabilidade do Estado, uma abordagem mais abrangente para compreendermos as razões e os motivos que fizeram com que seja garantida no sistema de saúde os mecanismos de participação popular.

Para isso, antes de entrar particularmente na norma que garante a participação popular e suas responsabilidades, vamos retomar sinteticamente a construção do SUS e suas características.

No capítulo anterior, ao historicizar o processo de construção do debate da saúde no país, dizíamos que anterior à ditadura militar de 1964, havia no Brasil uma efervescência de movimentos que defendiam reformas estruturais tais como a Reforma da Saúde, da Educação, Agrária, Urbana entre outros. No que se refere à saúde, já na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, algumas dessas reformas foram propostas.

Somente em julho de 1963, treze anos após a realização da 2ª conferência, foi convocada pelo presidente João Goulart a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Seus integrantes eram ainda representantes do governo federal e dos estados e território, mas significou uma primeira ampliação dos atores participantes: estabeleceu que os dirigentes dos estados poderiam “[...] fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos [...]” (SAÚDE, 1963). Seu temário também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta. (CONASS, 2009, p. 13)

O documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS demonstra a preocupação em torno da reforma da saúde pouco tempo antes do golpe cívico-militar de 1964. Embora a 3ª Conferência Nacional de Saúde não tenha tido a participação ampla da população, limitando-se apenas a gestores, alguns trabalhadores e prestadores de serviços, o espírito da reforma já fazia parte das preocupações do mesmo.

As propostas de reforma da saúde já presentes na Conferência evidenciam o debate na sociedade civil brasileira no período pré 1964 e traduz, mesmo que de forma

limitada, o que se discutia entre os movimentos sociais em torno da necessidade das chamadas reformas de base. Florestan Fernandes, ao abordar o tema diz que:

O que se procurava impedir era a transição de uma democracia restrita para uma democracia de participação ampliada ... que ameaçava o início da consolidação de um regime democrático-burguês, no qual vários setores das classes trabalhadoras (mesmo de massas populares mais ou menos marginalizadas, no campo e na cidade) contavam com crescente espaço político. (FERNANDES, 1980 p. 113)

Da mesma forma, Toledo afirma que: “O golpe de 64 visou também estancar o debate político que, no Congresso e na sociedade, estava centralizado em torno das reformas sociais e políticas. De forma sintética, situemos o caso da reforma agrária, o carro-chefe das reformas sociais e econômicas” (Toledo, 2004, p. 21).

A agenda das reformas de base, portanto, estava no centro do debate político brasileiro com uma clareza sobre a necessidade de uma participação popular no centro das decisões políticas e econômicas do país. Embora na lista mais visível das reformas a saúde não seja citada como frequência pelos historiadores e pesquisadores, a mesma desenvolvia-se na mesma proporção que as demais reformas, como é o caso da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

O aspecto da democracia participativa e ou a ampliação da participação popular no centro do poder político como centralidade das reformas de base é fundamental para compreendermos o arcabouço legal da participação popular na saúde. Isso porque, na nossa opinião, o que no Movimento da Reforma Sanitária será incorporado com a retomada do movimento na década de 70, é a ideia da reforma com participação popular como na década de 1960. Aliás, como já indicamos no capítulo anterior, talvez a saúde tenha sido a que melhor traduziu todo esse processo ao incorporar efetivamente a participação popular na política de saúde.

Tendo como pressuposto as grandes reformas de base e a retomada do movimento sanitário com a incorporação da participação popular, vamos, na sequência, abordar os elementos normativos dessa participação. Em outras palavras, vamos buscar entender como se dá legalmente a participação popular no SUS.

A seção que trata sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 é a segunda e constitui-se dos artigos 196 a 200. Em particular o artigo 198 trata sobre as diretrizes do sistema de saúde e no seu inciso III apresenta como uma das diretrizes a participação da comunidade. Diz o artigo 198/CF:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - **participação da comunidade** (grifo nosso). (CF/1988)

A participação da comunidade, como afirma o inciso terceiro, é parte constitutiva das diretrizes de um sistema de saúde que deve ser, ao mesmo tempo, único, descentralizado e integral.

A incorporação da participação da comunidade no texto constitucional representa um marco na compreensão da política pública e da saúde em particular. Por isso, quando afirmamos que as reformas de base tinham por objetivo democratizar o estado brasileira com a proposta da participação popular, a saúde dá consequência a esse anseio quando na própria Carta Magna a política de saúde incorpora como diretriz a participação popular.

Ao falar sobre a importância desse enunciado constitucional, Rolim, Cruz e Sampaio afirmam que:

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. (ROLIM, 2013, p. 140).

Não é de menor importância a incorporação, como diretriz da política de saúde, a participação da comunidade. Como afirmam os autores supracitados, a previsão legal da participação implica no reconhecimento de que a população participará objetivamente das decisões estratégicas da política de saúde. Se isso realmente acontece nessa dimensão afirmativa, é objeto do terceiro capítulo deste trabalho. Interessa, por ora, a previsão legal da participação da comunidade e especialmente a ênfase no pressuposto do que significa falar de participação na política de saúde.

2.2 As leis orgânicas do SUS

Uma vez definida a participação da comunidade como diretriz do Sistema de Saúde, junto com a descentralização e a integralidade do atendimento, o passo seguinte era traduzir essa diretriz em ação concreta no cotidiano da dinâmica do sistema de saúde. Por isso, a forma de operacionalizar a diretriz da participação se dará na lei orgânica do SUS, particularmente na lei 8.080/90 e na lei 8.142/90.

Observa-se, ao analisar as duas leis, que a participação da comunidade aparecerá, novamente, no parágrafo VIII do artigo 7º da Lei 8.080/90 na forma de princípios do SUS. Diz a referida lei no seu artigo 7º:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - **participação da comunidade;** (grifo nosso) {...} (BRASIL, 1988)

É importante observar o que o enunciado do artigo 7º da lei 8.080/90 fala das ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados serem submetidos a alguns princípios, entre eles a participação da comunidade. Esse entendimento é fundamental pois concede à comunidade o poder necessário para fazer parte da política de saúde. O fazer parte não implicará apenas na forma de escuta da comunidade, será muito além disso, com poder decisório não apenas sobre ações a serem desenvolvidas como também sobre os gastos na área da saúde.

Ao comentar sobre a participação da comunidade, Fernando Aith afirma que:

A participação da comunidade é, portanto, diretriz constitucional básica que deve ordenar as ações e serviços públicos de saúde. Ou seja, a gestão governamental das ações e serviços públicos de saúde deve dar-se dentro do que podemos chamar de Democracia Sanitária, uma forma de gestão da saúde pública onde o poder político é exercido pelo povo {...}. A participação da sociedade na elaboração de normas jurídicas e, por vezes, da própria execução das políticas públicas que buscam dar concretude às normas jurídicas, elevada a princípio constitucional, mostra-se uma condição fundamental para a consolidação democrática no Brasil. (AITH, 2013, p. 149)

Compreende-se, pelo enunciado por Aith, que a incorporação da participação da comunidade como elemento estrutural da política de saúde implica, por um lado, o entendimento de que a política de saúde dar-se-á no marco da participação do povo e, por outro lado, inaugura uma forma diferente de democracia que não é apenas aquela procedimental formal, e sim uma democracia substantiva, ou, como diz o autor, uma democracia sanitária em que os sujeitos desse processo não são chamados apenas para eleger aqueles e aquelas que irão administrar a coisa pública, e sim, para serem protagonistas de um novo modelo de saúde e de política pública.

Ainda sobre a lei 8.080/90, outra referência à participação da comunidade encontra-se no artigo 33 do título V, capítulo II que trata sobre a gestão financeira. A mesma diz: “Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 1988)” Cabe, como consequência do Art 33, a cada conselho de saúde, nas suas três esferas, a fiscalização dos recursos da saúde.

Essa previsão legal de fiscalização financeira, por parte dos conselhos, dos recursos da saúde em cada esfera de gestão, será detalhada nas leis infraconstitucionais que trataremos mais adiante. Cabe, ainda no que se refere à lei 8.080/90 salientar que mesmo sem os detalhamentos adequados de como será o seu funcionamento, a lei outorga aos conselhos de saúde a autorização legal de fiscalização dos recursos da saúde. Com isso, compreende-se que os conselhos de saúde não são apenas instâncias consultivas da política pública de saúde, como é característica de muitos dos conselhos de políticas públicas.

Embora a lei orgânica do SUS 8.080/90 tenha feito referências à participação da comunidade em dois dos seus artigos, como abordamos nos parágrafos anteriores, cabe salientar que o então presidente da República, Fernando Collor de Mello, vetou os artigos que detalham a participação da comunidade. Entre os vetos estavam as atribuições dos conselhos de saúde e as instâncias de participação. Na mesma lei, além de falar da necessidade de fiscalização das contas públicas da saúde e a participação da comunidade como parte dos princípios do SUS, a proposta incluía também a definição mais clara sobre o exercício do mesmo, as atribuições dos conselhos e das conferências, dando materialidade à ideia da participação como princípio e diretriz do SUS.

O texto de veto encaminhado pelo Presidente da República ao então Presidente do Senado Federal, em setembro de 1990, demonstra a retirada da lei das instâncias participativas e as prerrogativas dos conselhos.

MENSAGEM DE VETO Nº 680, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990
EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO SENADO FEDERAL:

Tenho a honra de comunicar a Vossa Excelência que, nos termos do parágrafo 1º do artigo 66 da Constituição Federal, resolvi vetar parcialmente o Projeto de Lei nº 50, de 1990 (nº 3.110/89, na origem), que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências".

Os dispositivos ora vetados são os seguintes:

Art. 11 e seus parágrafos e art. 42

"Art. 11 - O Sistema Único de Saúde - SUS contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde se reúne a cada dois anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, composto por governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cuja representação será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, atua na formulação de estratégias e no controle de execução de política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - As conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em lei específica.

Art. 42 - Enquanto não estiver em vigor a lei específica de que trata o § 4º do art. 11 desta Lei, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde funcionarão segundo o regimento provisório baixado pelo respectivo Poder Executivo." (CÂMARA FEDERAL)

A iniciativa de veto por parte do então Presidente da República, Fernando Collor de Mello, do detalhamento do processo participativo evidencia uma disputa da qual já fizemos referência anteriormente. Como afirma Borlini, apesar da conquista do direito à saúde preconizado no texto constitucional tendo como uma das suas diretrizes a participação da comunidade, o cenário político e econômico era do projeto neoliberal de redução do tamanho do Estado e a afirmação de que as políticas públicas deveriam ser, além de focalizadas, atendendo prioritariamente aqueles que estariam em condições econômicas desfavoráveis, apenas reduzidas ao mínimo necessário para atender os princípios do mercado. A disputa subjacente em 1988 foi a conquista, por um lado, de uma Constituição que avançava significativamente na perspectiva de um Estado Social e, por outro lado, a hegemonia econômica e política do neoliberalismo que pregava o Estado mínimo. Beretolozzi e Greo, ao abordar o tema, afirmam:

Como se pode verificar, estava em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implementação do SUS. Como fruto disso, o governo sistematicamente adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), a qual teve sua aprovação após amplo processo de mobilização (BRASIL, 1991). Mesmo assim, ela sofreu importantes alterações decorrentes de vetos do Presidente que foram negociados e parcialmente recuperados na Lei no. 8142. Dos 9 vetos de Collor à Lei 8080, os mais importantes foram: o que instituíra as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para

o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário. (BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 14)

O veto dos artigos que tratavam da participação da comunidade na lei orgânica da saúde é justamente a síntese da disputa de dois modelos econômicos e sociais que a Constituição de 1988 traduzia.

Apesar do veto, os Movimentos Sociais, em particular aglutinados na força do Movimento da Reforma Sanitária e com a representação legislativa de partidos de esquerda, conseguiram a aprovação de uma segunda lei orgânica do SUS, a lei 8.142/90. A nova lei incorpora parcialmente os artigos vetados na lei anterior, a 8.080/90, e servirá então como base constitucional e legal da participação da comunidade na política pública de saúde. O artigo 1^a da lei 8.12/90 diz:

Art. 1^o O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1^o A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2^o O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, 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.

§ 3^o O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4^o A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5^o As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. (PLANALTO, 2023)

As instâncias colegiadas, de que trata a lei, são os principais espaços de participação da comunidade na saúde. A lei dá as garantias legais de participação, outorgando, inclusive, o grau do poder decisório dos espaços colegiados previstos.

Cabe, porém, analisar pontualmente alguns elementos constantes na lei 8.142/90. O parágrafo primeiro do artigo 1 da lei fala sobre a Conferência de Saúde. Defini-a como espaço colegiado a ser realizado de quatro em quatro anos, definindo igualmente o seu propósito ao afirmar que deverá avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Menciona, ainda, que a organização e ou convocação

da Conferência cabe ao poder público, extraordinariamente podendo ser convocado pelo próprio conselho de saúde.

Há que se entender a Conferência de Saúde em duas perspectivas. Em primeiro lugar, a Conferência de Saúde é o espaço mais amplo de participação popular. Nisso há uma originalidade na lei uma vez que institucionaliza e legaliza uma prática que tem sido feita desde a década de 1940 quando as primeiras conferências nacionais foram realizadas (GUIZARDI *ET AL.*, 2004). Não se sabe de uma outra política pública que tenha institucionalizado e legalizado a Conferência como espaço de participação na política de saúde. Certamente tem havido conferências das mais variadas temáticas, mas em geral elas dependem de iniciativas e convencimentos ideológicos de governos que apostam em espaços participativos como canal de diálogo e construção da política pública. Na saúde, no entanto, há uma lei que dispõe sobre isso e os entes federados, nas suas três esferas, devem instituir a Conferência de Saúde na construção da política de saúde.

Por outro lado, a Conferência de Saúde é um espaço estratégico que dialoga com a ideia de que a política pública deve ser elaborada no diálogo com a sociedade, em particular considerando a realidade dos cidadãos que, espera-se, utilize a Conferência para fazer uma análise da realidade local e proponha diretrizes na elaboração da política. Ou seja, o espaço da Conferência é o lugar mais amplo de proposição da política de saúde cuja responsabilidade posterior a esse ato é do gestor público que deve, com base nessas diretrizes, elaborar o plano de saúde.

Refletindo sobre o significado da participação social ou da comunidade na política de saúde, Rolim, Cruz e Sampaio afirmam que:

Ao transferir poderes a seus representantes, o cidadão define uma carga de participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas, ressaltando que estes responderão não apenas aos interesses pessoais e sim do coletivo. Isto, por consequência, exige a superação da tradicional. Assim, ao falar de controle social não se pretende apenas que se consigam implantar mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam os desperdícios, os desvios e as malversações na aplicação dos recursos públicos. Busca-se assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde. De um lado, portanto, o controle tem um sentido de vigilância e responsabilização. Do outro, tem o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública. (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013, p. 142)

Sem dúvida, instituir um espaço de participação social incluindo a exigência legal de que os gestores devem, por força da lei, respeitar tais exigências e agir de modo a dialogar com a amplitude da sociedade, é um avanço importante numa cultura de centralização e burocratização da política pública. Como afirmam os autores na citação

acima, busca-se, também com a Conferência de Saúde, um efetivo compromisso com a coisa pública, ampliando o poder de decisão dos cidadãos que são chamados para estarem nesses espaços.

Em a “Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde” lemos que:

Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. As conferências são, desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema. (GUIZARDI ET AL., 2004, p. 16)

Falando ainda sobre a importância da Conferência de Saúde, Ricardo et al afirmam que:

É reconhecida a relevância das Conferências de Saúde para o fortalecimento do processo democrático de participação social e para a formulação de uma política de saúde que atenda, de fato, aos anseios da população. Juntamente com outros instrumentos de participação da comunidade na gestão do SUS, representam uma verdadeira reforma pela democratização da política de saúde e do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, sobretudo por seu caráter ascendente, que visa à participação desde a análise da situação de saúde local até a definição de prioridades e a formulação da política pública. (RICARDO, ET AL, 2017, p. 156)

A Conferência de Saúde na construção da política pública de saúde, portanto, representa, como afirmam os autores citados, uma verdadeira democratização do processo de construção da política pública e da própria democracia. Em que pese a disputa política de dois modelos na Constituição de 1988, na saúde prevaleceu, ao menos parcialmente, a noção de que a participação da comunidade é um alicerce importante na construção da política.

Como afirmamos no primeiro capítulo deste trabalho, as Conferências de Saúde sempre foram importantíssimas para a política pública de saúde. A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, incorporou as primeiras discussões em torno da regionalização, a autonomia das esferas de governo, a municipalização, além da ideia da universalidade e regionalização da saúde. Já a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o marco para a conquista do SUS e suas diretrizes serviram de base para o capítulo da saúde na Constituição de 1988. (CUNHA; CUNHA, 1998) Portanto, a institucionalização deste

espaço na lei 8.142/90 é o estágio final de uma longa e excepcional experiência de participação popular na saúde.

Além da Conferência de Saúde, a lei também instituiu os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. Ou seja, Municípios, Estados e o Governo Federal devem instituir os seus respectivos conselhos de saúde. Segundo o parágrafo 2^a do Art. 1º da lei 8.142/90:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, 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 (PLANALTO, 2023) .

Cabe, portanto, ao Conselho de Saúde, a deliberação sobre a política de saúde, incluindo o aspecto econômico e financeiro, além da formulação das estratégias da política de saúde.

Pela redação exposta no parágrafo 2º, pode-se afirmar que o conselho de saúde, na sua respectiva esfera de governo (federal, estadual e municipal) deve, entre outros aspectos, aprovar as contas do gestor, contribuir na discussão e definição das estratégias de política de saúde e acompanhar e fiscalizar a execução da política de saúde. O poder, portanto, do Conselho de Saúde, parece ser extraordinário uma vez que define quase que integralmente sobre toda a política de saúde.

Além da exigência de que cada esfera de governo tenha o conselho de saúde, a lei ainda define sobre a composição do mesmo, o seu caráter decisório como deliberativo e sua composição colegiada. Com isso, pode-se afirmar que a institucionalização e positivação dos conselhos de saúde foi um extraordinário avanço na compreensão da política pública. O poder do Conselho de Saúde é enorme uma vez que dele depende a aprovação das contas, a fiscalização das ações e serviços de saúde, a aprovação da estratégia de ação na área da saúde, além de um espaço de construção permanente do diálogo em torno do Direito à Saúde.

Embora tenha sido inicialmente vetado pelo então Presidente da República, Collor de Mello, a lei 8.142/90 recuperou boa parte das propostas sobre participação da comunidade, instituindo os conselhos e as conferências como principais espaços da participação na política de saúde.

O espírito da conquista dessa participação na saúde é de natureza político-democrática e resulta do processo de construção histórica que descrevemos no primeiro capítulo e retomamos no início do segundo quando tratamos sobre o Movimento da

Reforma Sanitária, principal espaço de articulação da sociedade civil em torno da política de saúde.

Falando sobre os conselhos e as conferências, Oliveira e Kruger afirmam que:

O sistema público de saúde brasileiro compreende a saúde como uma questão de natureza socioeconômica e política, a ser abordada no espaço público da sociedade, mediada por participação e controle social dos sujeitos sociais, e não como um tema de cunho exclusivamente biológico-curativo a ser equacionado pelos serviços médicos (OLIVEIRA, KRUGER, 2018, p. 63)

Essa compreensão é o que embasa a participação da comunidade na saúde. Por isso, dizíamos nos parágrafos anteriores de que a conquista do Direito à Saúde na Constituição de 1988 dialoga com uma premissa fundamental sobre o conceito de saúde na perspectiva ampliada, não se restringindo apenas à ausência de doença e contemplando, na sua realização, a necessidade dos demais direitos humanos fundamentais. A participação da comunidade nos conselhos e nas conferências igualmente relaciona-se com essa concepção ampliada da saúde, neste caso acrescentando o caráter democrático dessa política pública ao institucionalizar a participação da comunidade. (OLIVEIRA, KRUGER, 2018)

Ainda sobre o caráter normativo da participação da comunidade na saúde, os parágrafos 4º e 5º do Art 1º trata sobre a composição dos conselhos de saúde e sobre a normatização do seu funcionamento. Pelo exposto na lei, observa-se que em relação à composição dos conselhos e das conferências, a mesma exige que metade seja de usuários dos serviços de saúde e a outra metade seja composta por trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Ainda sobre isso, os trabalhadores da saúde, que integram a outra metade da composição dos conselhos e das conferências, representam, igualmente, a metade dos 50% de composição dos mesmos. Com isso, usuários e trabalhadores somados representam, no total da composição, 75 % dos conselhos e das Conferências.

A composição é outro aspecto importante na conquista da participação da comunidade no SUS. Em geral, os conselhos tendem a ser cooptados, principalmente por gestores que buscam controlar as deliberações desses espaços. Para isso, uma das ferramentas utilizadas é justamente diminuir o tamanho da composição dos representantes da comunidade nesses espaços. Na saúde, porém, a legislação preservou essa composição dando metade da mesma aos representantes dos usuários nos conselhos e nas conferências, além de 25% da composição aos trabalhadores da saúde. Os outros dois segmentos, gestores e prestadores de serviços ficaram com 1/4 da composição.

Ainda sobre a lei 1.142/90, o artigo 3º trata sobre os repasses de recursos para ações e serviços de saúde e cria uma série de condicionalidades para tal. Entre as exigências legais para a transferência de recursos, os mesmos constam nos incisos II e III: II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III - plano de saúde; (PLANALTO, 2023)

Note-se que sem a existência do conselho de saúde e do plano de saúde, o ente federado não poderá receber recursos oriundos das esferas superiores. Isso obriga os gestores a criarem os seus respectivos conselhos de saúde de modo que estejam de acordo às exigências legais da política de saúde.

Já o parágrafo 5º do Art 1º dá providências sobre a organização interna das conferências e conselhos de saúde ao afirmar que: “§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho”. Com consequência desta normativa, os conselhos, uma vez criados por leis municipais, estaduais e federal, redigiram seus respectivos regimentos internos, sendo condição para o seu funcionamento a existência do mesmo.

Embora outros elementos analíticos possam ser trazidos na abordagem da lei 8.142/90, entendemos que para efeito desta pesquisa, os elementos citados até aqui são suficientes para demonstrar o caráter ao mesmo tempo normativo da participação da comunidade na política de saúde, além de indicar sua força e capacidade de incidência por força dos elementos constitutivos legais previstos na lei orgânica do SUS.

Antes, porém, de trazer outras normativas que abordam os conselhos e as conferências, destacamos que do ponto de vista da positivação dos espaços participativos, o SUS apresenta-se como uma peculiar organização e previsão legal que não se observa em nenhuma outra política pública. Embora seja comum a existência de muitos conselhos de políticas públicas em praticamente todos os municípios, estados e no Governo Federal, bem como a realização de inúmeras conferências de diferentes temas, nenhuma outra política pública avançou tanto na previsão legal desses canais de participação. O caráter deliberativo dos conselhos de saúde, a obrigatoriedade legal da sua existência, a periodicidade das conferências previstas legalmente, a condicionalidade de recursos à existência dos conselhos e dos planos de saúde são alguns dos mecanismos legais que fazem dos conselhos e das conferências reafirmarem como espaços estratégicos de participação popular.

Abordamos, até aqui, o que podemos chamar de aspectos gerais da participação da comunidade no SUS. Tomamos como referência a Constituição de 1988, em particular analisamos a Seção II que trata sobre a Saúde, especialmente os artigos 196 a 200. Identificamos, nesses artigos, as referências à participação. Na sequência, tratamos sobre a Lei Orgânica do SUS (LOS) e analisamos historicamente a conquista do mesmo, com ênfase, novamente, nos artigos, parágrafos e incisos que tratam sobre a participação da comunidade. Além de abordar especificamente o corpo da lei que trata sobre esses temas, refletimos, igualmente, sobre sua importância. Não abordamos, no entanto, os possíveis limites da prática da participação popular, tema que será objeto do terceiro capítulo deste trabalho.

Uma vez definido o processo participativo no SUS na Carta Magna e na Lei Orgânica do SUS, leis complementares e infraconstitucionais igualmente trataram sobre esse tema, constituindo, ao longo dos mais de 30 anos, uma enorme quantidade de legislações que normatizam, detalham e definem uma série de questões sobre a participação da comunidade no SUS.

Nos parágrafos seguintes, vamos tratar de algumas dessas regulamentações, leis, decretos e normativas, de modo a esclarecer aspectos específicos da participação, com preocupação principalmente de como se dá o exercício do mesmo no cotidiano da política de saúde. Isso com o intuito de nos auxiliar na reflexão, que faremos no terceiro capítulo, sobre os possíveis limites da experiência participativa no SUS.

A obrigatoriedade de realização das Conferências de Saúde está prevista, como já indicamos, na lei 8.142/90 no parágrafo 1º do Art. 1º da lei. Por esta normativa, devem ser realizadas as conferências de saúde de 4 em 4 anos. O mesmo parágrafo fala sobre o objetivo da Conferência, qual seja, avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Na mesma lei, porém no Art. 4º inciso III, lê-se a necessidade da existência do Plano de Saúde como condição para o recebimento dos recursos por parte dos Municípios, Estados e do Distrito Federal.

Essas duas exigências, a existência do Plano de Saúde e a realização da Conferência, estão relacionadas pois a elaboração do plano pressupõe a definição de diretrizes aprovadas/construídas na Conferência de Saúde. Ou seja, a Conferência, com ampla participação popular, avalia a situação da saúde e define as diretrizes para a política de saúde. O plano, por sua vez, tendo como base as diretrizes aprovadas, detalha a política de saúde, define objetivos, metas, ações, atividades, além de recursos e responsabilidades.

2.3 Lei complementar 141/2012 e portarias

Uma vez definida as diretrizes, Municípios, Estados e o Governo Federal elaboram os seus planos de saúde. É de responsabilidade do executivo de cada ente federado a elaboração do mesmo, podendo incluir a participação do Conselho de Saúde já na elaboração do mesmo. Via de regra, porém, o plano de saúde é enviado ao Conselho de Saúde após sua elaboração, tendo este, o Conselho, o papel de analisar e aprovar o respectivo plano. Podendo, ainda, no decorrer do debate sobre o mesmo, solicitar alterações, modificações, sugestões e considerações até a aprovação.

Este processo, no entanto, exige igualmente uma série de obrigações legais que foram definidas em leis e portarias. Assim, para compreender melhor o aspecto normativo dos conselhos e das conferências e em particular as responsabilidades na elaboração da política de saúde, faremos uma breve apresentação de algumas dessas normativas.

A lei 8.142/90 diz que os conselhos são órgãos colegiados deliberativos e de caráter fiscalizar, além de propositivos. Um papel importante dos conselhos diz respeito ao acompanhamento e definição sobre o planejamento das ações e serviços de saúde, bem como o seu caráter fiscalizador, incluindo o aspecto econômico.

Tratando primeiro sobre o papel do conselho no planejamento, a lei complementar 141 de janeiro de 2012 regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal que, além de dispor sobre os repasses de recursos e definir sobre gastos em ações e serviços públicos de saúde, trata sobre a fiscalização dos recursos, incluindo o papel dos conselhos de saúde.

A seção III da lei complementar trata sobre a prestação de contas e detalha como a mesma será realizada, envolvendo o conselho de saúde. O Art. 36 diz:

O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. (PLANALTO, 2023)

Conclui-se, do exposto no Art. 36, que quadrimestralmente cada ente da federação deverá encaminhar, ao respectivo conselho de saúde, o relatório detalhado contendo, entre outros, o exposto no inciso I que trata sobre os valores aplicados em ações e serviços públicos de saúde. A cada quatro meses, portanto, os conselhos recebem dos gestores dos seus respectivos entes, o referido relatório.

O Art. 41, por sua vez, volta a referenciar os relatórios quadrimestrais afirmando que:

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. (PLANALTO, 2023)

Cabe, portanto, ao Conselho de Saúde analisar e aprovar, quadrimestralmente, o relatório de gestão do seu respectivo ente federado, o qual não se restringe apenas ao aspecto econômico. Trata-se também de avaliar o cumprimento das metas, das ações realizadas, bem como a realização do previsto no Plano de Saúde, entre outros.

O Art. 38, da mesma lei complementar, trata sobre a fiscalização que corresponde ao conselho de saúde. Diz a lei:

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde. (PLANALTO, 2023)

Há, portanto, uma preocupação legal de incorporar definitivamente a participação da comunidade não apenas na elaboração da política pública de saúde, mas também e fundamentalmente na fiscalização da aplicação dos recursos econômicos bem como da realização das ações previstas no plano de saúde. A lei complementar 141 define claramente as atribuições dos conselhos de saúde, detalha o papel do conselho em cada estágio da política de saúde e incorpora a participação da comunidade como elemento estrutural. Note-se que o conselho de saúde tem um papel muito mais decisivo sobre as contas públicas da saúde do que o próprio legislativo. A lei apenas exige a apresentação dos relatórios aos legislativos de cada ente federal. Prevê, no entanto, a apresentação, apreciação e com o poder deliberativo, de aprovação ou rejeição dos gastos em saúde.

Ainda sobre os relatórios quadrimestrais, a lei complementar, no seu Art. Nº 36, § 5º define os meses de apresentação dos mesmos. Conforme o parágrafo: *O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.* (PLANALTO, 2023).

Além da apresentação dos relatórios quadrimestrais de que trata o Art. 36 da lei complementar 141, a mesma fala igualmente do relatório anual a ser apresentado até o mês de março do ano subsequente à execução. Segundo o § 1º:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (PLANALTO, 2023)

Ainda sobre o processo de planejamento e prestação de contas, a lei complementar 141/2012 também define outro instrumento importante do qual os conselhos tem se utilizado para a apreciação das contas públicas e fiscalização na execução das ações planejadas. O § 2º do Art. 36 fala da Programação Anual de Saúde. Diz o parágrafo:

Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público. (PLANALTO, 2023)

Este parágrafo complementa o que diz o inciso II do Art. 22 da lei complementar em que o repasse dos recursos está condicionado, entre outros, à existência do Plano de Saúde. O plano, como já tratamos neste capítulo, tem validade de 4 anos e é elaborado após a realização da conferência de saúde, considerando as diretrizes aprovadas. A programação anual, de que trata o parágrafo supracitado, é a materialização anual do plano de saúde.

Cabe salientar que desde a Constituição de 1988 e da conquista do SUS como Direito Humano Fundamental, depois com a lei orgânica 8.080/90 e a 8.142/90, passando pela Lei Complementar 141/2012, inúmeras normativas buscaram o que podemos chamar de materialidade da previsão legal. Ou seja, após a conquista na Constituição e posteriormente na Lei Orgânica, outras previsões infralegais foram aprovadas e editadas

com o intuito de regulamentar e dar concretude à norma constitucional sobre a participação da comunidade na saúde.

Buscando detalhar ainda mais o papel dos conselhos e das conferências de saúde, portarias e resoluções igualmente trataram sobre esse tema, o que constitui num importante arcabouço legal da participação da comunidade no SUS. Em que pese a Constituição Federal ter abordado o tema e as leis orgânicas terem detalhado o processo participativo e a lei complementar ter definido as responsabilidades, decretos, portarias e resoluções buscaram, ao longo dos anos de existência do SUS e da previsão da participação da comunidade, regulamentar, orientar e esclarecer pontos sobre o processo participativo.

Corresponderia, talvez, fazer um levantamento histórico sobre como tem sido o esforço legal de tratar sobre o tema ao longo dos anos. Interessa-nos, no entanto, abordar, mesmo que brevemente, algumas dessas leis infraconstitucionais que abordam a participação e avançam na normativa legal da participação da comunidade.

Em particular, a Portaria Nº 2.135 de setembro de 2013 trata sobre as diretrizes para o processo de planejamento no SUS. Esta portaria é particularmente importante pois define, com maior clareza, alguns pontos da lei complementar 141/2012. Vejamos: O Inciso V do Art. 1º da referida portaria diz:

compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão. (PLANALTO, 2023)

A portaria complementa o § 2º do Art. 36 da Lei complementar 141/2012. Os mesmos falam da necessária compatibilização entre os instrumentos de gestão da saúde e do governo. Ou seja, o planejamento na área da saúde, incluindo a elaboração do Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão devem, por força da lei e desta portaria, serem compatíveis com o processo de planejamento do ente federado. Esta exigência deve ser compreendida na perspectiva de outorgar à participação da comunidade no SUS, um elemento legal, de modo que os conselheiros tenham condições de exigir do seu gestor o cumprimento do mesmo.

Uma das razões dessa exigência é justamente a prática de gestores que, embora sejam obrigados a elaborar o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão, nem sempre respeitavam os prazos legais dos instrumentos de planejamento do governo. Em síntese, o Plano de Saúde era elaborado, com frequência, depois de aprovado

o Plano Plurianual (PPA) e a Programação Anual de Saúde (PAS) era elaborado após a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Referindo-se ao Plano de Saúde e ao Plano Plurianual (PPA), § 2º do Art. 3 da mesma portaria diz que: “*O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados*” (PLANALTO, 2023) Ou seja, observado o prazo de elaboração, tramitação e aprovação do PPA, o gestor da saúde deverá encaminhar, ao Conselho de Saúde, o Plano de Saúde antes da aprovação do PPA, de modo que as ações e serviços de saúde sejam contempladas no PPA.

Ainda sobre o mesmo tema e a mesma portaria, o § 7º do Art 3 da portaria diz:

O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) (PLANALTO, 2023)

E tratando sobre a Programação Anual de Saúde (PAS) encontramos, na mesma portaria, no seu Art. 4º: *A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.*(PLANALTO, 2023)

O esforço, portanto, desta portaria foi justamente avançar na regulamentação de uma parte importante do exercício do Controle Social no SUS, qual seja, o planejamento e fiscalização das contas públicas da saúde. O espírito dos conselhos de saúde e das conferências concentram-se justamente na sua capacidade de incidir na política de saúde e essa incidência se dá, entre outros aspectos, na possibilidade de decidir sobre o que vai ser feito em ações e serviços de saúde (planejamento) e como foram gastos os recursos destinados para essas ações e serviços. Tanto a lei complementar 141/2012 quanto a portaria 2.135/2013 buscaram justamente munir os conselhos e as conferências de previsões legais que permitam o efetivo exercício do controle social no SUS.

Democratizar e descentralizar a política pública da saúde é o objetivo dos conselhos e das conferências, como afirmam Gomes e Órfão (2021) e a regulamentação da participação é justamente o que permite que esses colegiados tenham os instrumentos necessários para o exercício do mesmo. Os dois autores, ao referir-se a Conselhos e Conferências afirmam:

Apesar da permanente tradição autoritária e da baixa cultura participativa no Brasil, durante os 30 anos de existência do SUS é possível

verificar avanços na descentralização e na democratização das políticas públicas com a participação popular na área da saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde que constituem-se em canais de participação e controle social que oportunizam a incorporação das demandas sociais verbalizadas por diferentes sujeitos, resultando, assim, na defesa dos interesses coletivos. (GOMES, ÓRFÃO, 2021, p. 1208-1209).

Podemos concluir, do exposto até aqui, que cabe aos conselhos de saúde um conjunto de ações que o exercício legal da participação da comunidade exige. As leis, portarias e outras normativas que regulamentam a participação indicam que aqueles e aquelas que representam suas comunidades no colegiado dos conselhos devem se apropriar dessas ferramentas de modo a exercê-las com eficiência e com incidência. Para que isso seja possível, a lei também prevê responsabilidades ao gestor pelo processo formativo dos conselheiros de saúde. É o que prevê o Art. 44 da lei complementar 141/2012. Diz a lei:

No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o [§ 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#). (PLANALTO, 2023)

Portanto, a participação da comunidade também exige, do poder público, recursos para processos formativos que contribuam com a qualidade do controle a ser exercido.

Por fim, cabe mencionar que o nosso esforço neste capítulo foi identificar, mesmo que de forma muito genérica, a base legal da participação da comunidade e suas consequentes formas de exercício dessa participação. Por isso, descrevemos inicialmente os aspectos gerais desse instituto participativo e depois analisamos a lei que em 2012 regulamentou, além de prever e detalhar os mecanismos de participação. Igualmente, tratamos sobre a portaria que regulamentou parte da lei orgânica do SUS, estabelecendo os mecanismos de exercício da participação da comunidade, em particular no processo de planejamento e fiscalização dos recursos financeiros.

Outras leis e portarias, assim como normativas fazem parte do arcabouço geral da participação da comunidade. Talvez em pesquisas posteriores caberia fazer um levantamento, não apenas das normativas que ainda estão em vigor mas também aquelas que, embora tenham sido alteradas e ou vetadas, fizeram parte do histórico normativo da participação da comunidade na saúde.

3. ASPECTOS/ELEMENTOS CRÍTICOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS: CONSOLIDAR PARA AVANÇAR OU REFORMULAR PARA QUALIFICAR.

No primeiro capítulo deste trabalho fizemos o esforço de reconstruir a trajetória histórica da política de saúde no Brasil. Em cada período fomos classificando e identificando o elemento constitutivo do conceito de saúde. Afirmamos, com base nos elementos históricos, de que o conceito de saúde traduz uma preocupação econômica. Foi com base nisso que na primeira parte do primeiro capítulo afirmamos que a preocupação com a política de saúde era em virtude do impacto econômico das epidemias. As primeiras ações de saúde eram voltadas à chamada higienização das cidades (SOBRINHO, 2013) (FILHO, 2011) (IYDA, 1994) (POLIGNANO, 2023)

A segunda fase do processo histórico de construção do conceito de saúde tem a ver com o período da industrialização do país, atrelando o conceito de saúde aos cuidados da mão de obra, ou seja, o cuidado apenas dos trabalhadores. Dizíamos que a conquista dos direitos trabalhistas e o acesso aos serviços de saúde novamente tem relação com a questão econômica uma vez que o cuidado com os trabalhadores era necessário para manter a indústria funcionando. Isso não significa reduzir a importância do movimento das greves e das reivindicações trabalhistas do período, que aliás, teve conquistas importantíssimas. O acesso aos serviços de saúde, porém, deve ser observado pelo viés da economia uma vez que a preocupação, como afirmamos no capítulo I, não era com o direito à saúde dos trabalhadores. Aliás, a noção de direito como entendemos hoje não estava presente no debate da saúde. (COHN, 2000) (SCOREL, TEIXEIRA, 2012).

Na sequência dissemos que ao invés da saúde ser vista como direito das pessoas, o avanço histórico foi na perspectiva de reconhecer o mesmo como negócio. Ou seja, com o desenvolvimento tecnológico na saúde e atrelado à ideia hospitalocêntrica do desenvolvimento da saúde, entendeu-se que ao invés de garantir direito às pessoas, era mais lucrativo vender tais serviços. A terceira fase, portanto, da evolução histórica do conceito de saúde vai na perspectiva mercadológica da saúde, em particular fortalecida pela perspectiva de compra dos serviços de saúde para garantir o acesso aos mesmos por parte dos trabalhadores, atrelada à ideia da Previdência Social. (MARQUES, 2009)

Até este período, saúde não era vista como direito, era apenas serviços que podem ser disponibilizados para determinados grupos, neste caso trabalhador assalariado cujo direito estava garantido pela política previdenciária.

A perspectiva assistencialista da saúde, porém, irá mudar com o advento das chamadas agendas de reformas de base na década de 1950 e 1960. Ainda no capítulo I, descrevemos este momento para demonstrar que junto com as demais agendas de reformas de base, a saúde era um deles. Fizemos referência, inclusive, à III Conferência Nacional de Saúde como precursora dos debates que após a ditadura militar irá ganhar força, particularmente na VIII Conferência Nacional de Saúde. (GOMES, ÓRFÃO, 2021)

Aglutinados no Movimento da Reforma Sanitária, profissionais, trabalhadores, movimentos sociais, intelectuais e lideranças de base irão propor, ao país, uma nova compreensão de saúde, alicerçada na ideia do direito à saúde como direito humano fundamental. Em que pese a ditadura militar, este movimento irá se reagrupar na abertura democrática e culminará na VIII Conferência Nacional de Saúde aprovando as diretrizes do que seria o novo sistema de saúde, um sistema público com caráter universal e, particularmente, com participação popular. (BORLINI, 2010).

Foi essa concepção de saúde, de caráter ampliado, com participação da comunidade e sendo reconhecido como direito humano fundamental tendo, por sua vez, o Estado a responsabilidade pela garantia do mesmo que em 1988, na proclamação da aprovação da Constituição Cidadão que finalmente modificamos, na sociedade brasileira, o conceito de saúde e introduzimos, como consequência da experiência de construção desse debate, a participação da comunidade como princípio e diretriz do SUS. Em síntese, esse foi o extraordinário processo de construção da política pública de saúde no Brasil até 1988.

A segunda parte dessa história, relatada no capítulo II deste trabalho, trata da institucionalização da ideia da participação. Para isso, como demonstramos, foram aprovadas leis que garantem, definem, detalham e reforçam a participação da comunidade na saúde. Desde a Constituição Federal de 1988, particularmente no capítulo da saúde, passando pela Lei Orgânica do SUS (LOA), em especial a lei 8.080/90 e posteriormente a 8.142/90, a lei regulamentadora como a 141/2012 assim como as inúmeras portarias que tratam sobre a participação na saúde. Disso resultou duas instâncias participativas no SUS, os Conselhos e as Conferências.

Pode-se afirmar, com base no que tratamos até agora, que o ponto culminante desse processo evolutivo no debate da saúde tem a ver com a conquista do SUS e a institucionalização da participação da comunidade. E é este último, a participação, que queremos abordar na sequência.

3.1 Elementos estruturais da crise participativa no SUS

Diante do processo histórico de construção da política de saúde e em particular da participação da comunidade, perguntamo-nos: a experiência participativa deu conta daquilo que se propôs a fazer quando da sua concepção? É sobre esta pergunta que queremos dialogar nas próximas páginas.

Para isso, esta reflexão buscará dialogar seja com o acúmulo teórico dos últimos anos sobre o tema bem como a experiência pessoal de quem há muito tempo trabalha com o tema, particularmente com conselhos de saúde.

É comum ouvirmos, em diferentes espaços participativos e em particular na saúde, que há uma crise da participação popular. Ou seja, isso traduz uma ideia de que cada vez mais conselhos, conferências, coletivos, fóruns e outros espaços, institucionalizados ou não, demonstram uma espécie de esgotamento.

Esgotar significa que aquilo que ainda se produz não é mais suficiente para o desafio colocado. Se quisermos traduzir isso para a saúde, diríamos que conselhos esgotados significam que o que produz o conselho hoje não é mais suficiente para o que se espera dele. Isso na prática se traduz na dificuldade de os conselhos terem quórum para fazer suas reuniões, permanência das mesmas lideranças por anos, produzindo o que alguns chamam de conselheiros profissionais, incapacidade de incidir objetivamente na política de saúde, dificuldade de mobilizar a sociedade, restringindo-se, como muito, nas reuniões ordinárias cada vez mais esvaziadas. Nos processos eleitorais para escolha das entidades, especialmente usuárias e trabalhadores, um esforço para atingir o número mínimo de entidades com interesse de compor os conselhos.

Ainda, a fragilidade do espaço da participação para dialogar com gestores, trabalhadores, movimentos sociais, organizações populares, restringindo-se muito ao aspecto burocrático do conselho e limita-se à aprovação de relatórios e projetos da gestão.

Sobre a Conferência, uma imensa dificuldade de mobilizar a sociedade para além das poucas entidades que se articulam em torno da saúde assim como trabalhadores e estudantes. Aliás, percebe-se que cada vez mais esses espaços são ocupados por trabalhadores que conseguem liberação da gestão para participar e estudantes dos cursos

da área da saúde que são mobilizados para participar. As pessoas dos bairros, das vilas, das comunidades, das associações de moradores, das pastorais, dos sindicatos são cada vez mais raros.

Além disso, a própria incapacidade das conferências de serem objetivamente espaços de construção das diretrizes da política de saúde, sendo muito comum os relatórios dos mesmos deixados de lado na hora de elaborar o plano de saúde. Na mesma perspectiva, há um sentimento de que embora as conferências aconteçam de 4 em 4 anos, os temas debatidos são os mesmos, os problemas são os mesmos, as diretrizes aprovadas são as mesmas, o que pressupõe que a saúde não melhorou, que o gestor não avançou na melhoria das ações e serviços de saúde, o que esgota a participação e deslegitima o espaço.

Diante desse cenário, que parece indicar para uma crise, esgotamento, fragilidade, limitação da experiência participativa, quais as razões que fizeram com que a extraordinária experiência de construção do SUS, que culminou em 1988 com a participação como diretriz e princípio, apresente-se hoje como frágeis e limitados?

Em que pese a imensa expectativa criada pela institucionalização da participação na política de saúde, hoje invariavelmente as análises que tratam sobre o tema apresentam limites e desafios. Falando sobre as expectativas ou a conquista do SUS e a participação popular, ROLIM, et. At afirmam:

Essa perspectiva é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades. (ROLIM, et at, 2013, p. 140)

Observa-se que a institucionalização da participação na política de saúde significou um avanço tanto na perspectiva histórica de construção da política pública, bem como na ideia da democratização do poder, especialmente numa conjuntura de redemocratização do país.

Na mesma perspectiva de reconhecimento do que significou a conquista da saúde como direito humano fundamental com participação popular, Oliveira e Kruger afirmam que:

A Carta Constitucional representou, então, uma modernização para as políticas sociais, vinculadas à democracia popular, pois os direitos reconhecidos pautam-se pela diretriz de participação da sociedade que passa a se constituir como um direito social. A participação caracteriza-se, assim, como um fundamento das políticas sociais, ao possibilitar a inclusão da sociedade nas decisões, avaliações e fiscalizações de tais políticas, por meio dos canais deliberativos, avaliativos e propositivos. (OLIVEIRA, KRUGER, 2018, p. 58)

A Constituição de 1988, especialmente no capítulo das políticas sociais incorpora, de fato, uma compreensão de política pública que viabiliza a relação Estado-Povo. Na saúde, como afirmam os autores, o poder da comunidade não é apenas consultivo e de fiscalização, pois também tem o caráter deliberativo.

Ainda sobre o espírito da Constituição de 1988 e da saúde posteriormente, Gomes e Orfão dirão que:

A participação popular é considerada uma ferramenta de gestão pública que, no SUS, materializa-se através das instâncias colegiadas, formais ou informais, permitindo, além da democratização, a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil. Através dos espaços de controle social do SUS, garante-se também, a incorporação de demandas sociais vocalizadas por diferentes sujeitos coletivos. (GOMES, ORFÃO, 2021, p. 1200)

O desejo, ao incorporar a participação popular na política pública era justamente democratizar o espaço do poder, outorgando-lhe, à comunidade, o poder de decidir, fiscalizar, aprovar, construir, junto com o Estado, a política pública de modo que estes, os sujeitos do processo participativo, sejam os canais de expressão da demanda social.

Olhando nessa perspectiva, podemos entender que tanto os conselhos quanto as conferências traduzem, na sua nomenclatura, a perspectiva participativa quando a forma de composição das mesmas passa pela representação institucional do cidadão nesses espaços. Ou seja, faz-se parte do conselho representando uma comunidade, um coletivo, um agrupamento de pessoas organizadas a partir de interesses comuns. Portanto, além de fiscalizar e propor as políticas de saúde, os conselhos também são espaços de manifestação dos diferentes interesses sociais na política de saúde.

Cabe, por força da lei, aprovado em 1988, ao Estado a garantia do direito e deve, o Estado, traduzir em política pública as diferentes demandas sociais expressas em espaços criados pelo próprio estado para a participação social. Nessa perspectiva, Silva traduz o espírito da ideia dos direitos sociais afirmando que:

Mais do que a simples positivação dos direitos sociais, que traduz estágio necessário de sua afirmação constitucional e que atua como pressuposto indispensável à eficácia jurídica, recai sobre o Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso à saúde. (SILVA, 2000, p. 199)

Note-se, pelo exposto até agora, que o capítulo social da Constituição de 1988 despertou uma imensa expectativa, especialmente pelo seu espírito democratizante em que talvez a saúde tenha sido, como já mencionamos no capítulo anterior, uma das poucas

políticas públicas que institucionalizou a participação muito mais do que qualquer outra política.

As leis orgânicas de que falamos no capítulo anterior, a série de regulamentações da atuação dos conselhos e das conferências, as inúmeras atribuições do conselho e da conferência colocam a saúde como aquele em que melhor foi traduzido a ideia de uma democracia social com ampla e estrutural participação popular.

A saúde, nessa perspectiva, é vista como parte da própria democracia. A realização de uma depende da outra, como afirma Fleury. *“do ponto de vista estratégico, a luta pela universalização da saúde aparece como uma parte intrínseca da luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania.* (FLEURY, 2009, p. 747)

Porém, apesar da expectativa criada na aprovação da Constituição, com suas previsões legais de participação e posterior regulamentação e normatização dessa experiência, é comum identificar, nos pesquisadores, uma série de observações em relação ao limite objetivo do ideário participativo, não apenas na saúde mas principalmente nela. Se quisermos em outras palavras, a que mais expectativa gerou talvez tenha sido a que mais decepcionou.

Se por um lado compreendia-se o avanço democrático na participação popular, como afirmamos nos parágrafos anteriores, os autores também reafirmam os limites dessa participação.

Tratando sobre isso, alguns autores indicam que embora tenha havido uma escolha por democratizar o Estado instituindo os espaços participativos, os mesmos não representam objetivamente uma mudança estrutural do modelo cultural, político e econômico do país. Essa interpretação considera que o pacto de 1988 foi, na verdade, um acordo possível entre diferentes atores, entre eles aqueles que conseguiram força suficiente para incorporar na Constituição o capítulo da Seguridade Social, incluindo ali a saúde.

Tratando sobre esse período, Fleury afirma que as conquistas sociais de 1988 prontamente se defrontaram com as escolhas liberalizantes do estado brasileiro. Diz ela:

Esta reforma democrática, que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado. (FLEURY, 2009, p. 744).

Do exposto pela autora podemos afirmar que se por um lado politicamente houve uma resposta dos Constituintes aos anseios sociais garantindo os direitos sociais, entre elas a saúde, cuja garantia é papel do Estado, por outro lado, as forças neoliberais conduziram políticas fiscais e sociais que foram na contramão dessas conquistas.

É dentro desse contexto de disputas sobre modelos de estado e de sociedade que deve ser interpretado a participação popular na saúde. Aliás, quando da descrição normativa da participação na saúde abordado no capítulo II deste trabalho, afirmamos que o então Presidente, Collor de Melo, vetou os artigos que tratavam da participação da comunidade na saúde, o que por pressão dos movimentos de defesa do SUS viria a se concretizar numa outra lei, a já referida 8.142/90. Essa negativa do Presidente de institucionalizar a participação na saúde deve ser interpretado, como afirma Fleury, na disputa entre modelos de estado presentes na década de 1990. (MACHADO, LIMA, BATISTA, 2017)

Ainda sobre a mesma conjuntura, Machado, Lima e Batista afirmam, também, que o projeto social objetivado por setores importantes da sociedade brasileira encontrou barreiras colocadas por outras forças que, em última análise, controlaram o país nas décadas seguintes.

Porém, a implantação do SUS esbarrou em diversos obstáculos. Nos anos 1990, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal impôs constrangimentos à lógica da Seguridade e à expansão de políticas sociais universais (MACHADO, LIMA, BATISTA, 2017, p. 144)

A conquista da participação da comunidade na política pública sem dúvidas foi um avanço importantíssimo. Ela, porém, se dá dentro da estrutura de disputa de modelos de sociedade e de estado que, na década de 1990, como afirmam os autores, fortaleceu-se numa perspectiva gerencialista do Estado, além da incorporação de reformas neoliberais para atender demandas corporativas e de instituições internacionais.

Qual o impacto desse cenário na estratégia participativa? Ou seja, pergunta-se, os entraves indicados pelos autores em virtude da política econômica neoliberal que se contraponha a qualquer avanço democratizante, impactou a estratégia participativa no SUS?

Consideramos que parte da dificuldade apresentada hoje pelos conselhos e conferências tem relação com o desenvolvimento da política de saúde no país. Ou seja, a observação de que há uma apatia do controle social na saúde explica-se, parcialmente

pela dificuldade objetiva de avançar na política de saúde na perspectiva pensada pela Reforma Sanitária e posteriormente incluída na Constituição de 1988. Uma política de saúde efetivamente universal com acesso integral a todas as ações e serviços de saúde, com controle estatal dos serviços, com trabalhadores bem pagos e concursados, além de uma cobertura realmente universal desde a atenção básica até a mais alta complexidade.

O impacto dessa dificuldade da política de saúde no controle social se dá especialmente na medida em que os gestores indicam a impossibilidade, as vezes financeira, de avançar numa cobertura das ações e serviços objetivamente universal. Com isso, o papel do conselho parece engessado uma vez que o gestor apresenta, por exemplo, a insuficiência de recursos como entrave para melhorar a qualidade da saúde.

Diante do subfinanciamento da saúde, por exemplo, o conselho fica impotente para discutir a qualidade dos serviços, o que o deslegitima perante a sociedade, além de criar um ambiente de inoperância para com os próprios conselheiros. Em partes, a dificuldade de composição dos conselhos, por exemplo, explica-se justamente por essa razão. As entidades consideram tempo perdido estar numa reunião de um conselho que não incide objetivamente na política de saúde.

Os limites da participação não se resumem apenas a esse aspecto mais geral da política. Outros elementos igualmente precisam ser considerados no intuito de explicar o que chamamos de esgotamento da participação na saúde.

3.2 Elementos culturais da crise participativa no SUS

Nesse sentido, consideramos que a análise sobre participação igualmente precisa considerar aspectos da cultura política e da própria democracia. Isso com o intuito de interrogar acerca da possibilidade da cultura política brasileira impactar nos processos participativos que construímos no país a partir de 1988.

Considera-se que um país apresenta aspectos culturais que a constituem e um desses aspectos diz respeito à cultura participativa. Embora essa discussão seja ampla e exija talvez uma pesquisa mais apurada, interessa-nos, a modo de hipótese, levantar alguns elementos que podem nos ajudar na tarefa de explicar, mesmo que parcialmente, a hipótese da nossa pesquisa.

Nesse sentido, gostaríamos de dialogar com autores que tratam do tema e identificam, no Brasil, uma baixa cultura participativa, o que se traduz também na chamada baixa qualidade da democracia. Tratando sobre isso, Marcello Baquero dirá que:

No início do milênio, as indagações, os dilemas e os desafios que o processo de construção democrática suscitou na década anterior continuaram vigentes. Os avanços poliárquicos não produziram melhores e mais eficientes instituições, pois, conforme as pesquisas de opinião que se institucionalizaram na América Latina (Latinobarómetro, LAPOP, Encuesta Panameericana), além de investigações produzidas em cada país, a legitimidade jurídica alcançada não tem gerado uma legitimidade social. Tal situação sinaliza que conflitos sociais nem sempre são solucionados via mecanismos formais e legais. Práticas políticas com base em princípios e hierarquia e poder não têm sido totalmente erradicadas, e o personalismo, o neopopulismo, o privatismo e o clientelismo, com novas (ou não tão novas) roupagens, continuam sendo elementos importantes da articulação política. (BAQUERO, 2011, p. 19)

Pode-se imaginar que numa sociedade cuja cultura não necessariamente constitui-se pela prática da participação tenhamos, como consequência, experiências participativas limitadas e, nos últimos anos, esvaziadas, diante das dificuldades já expostas. Por outro lado, como afirma Baquero, assim como na democracia a legitimidade jurídica não necessariamente implica em legitimidade social, pode-se identificar a mesma coisa sobre o controle social. Ou seja, o fato de termos avançado desde 1988 na previsão legal da participação da comunidade, isso não necessariamente traduz-se em legitimidade social dos conselhos.

É sobre isso, aliás, que nos referimos quando afirmamos que a incapacidade dos conselhos e conferências em responder adequadamente às enormes demandas de saúde, deslegitimam-se seja perante a sociedade como um todo bem como perante as próprias entidades que passam a não mais apostar nesses espaços.

Ainda na perspectiva da cultura política e da democracia como elemento importante para a consolidação e ou qualificação do controle social, é importante analisar o que diz José Álvaro Moisés.

Enquanto nas democracias consolidadas *os cidadãos críticos* orientam sua desconfiança política primordialmente para a adoção de novos modos de participação e mesmo para a reforma do sistema representativo, nas novas democracias a desconfiança de parlamentos, partidos políticos, sistema judiciário e serviços públicos está associada com sentimentos negativos sobre a política, baixos níveis de participação ou de interesse por assuntos públicos e até a preferência por modelos democráticos que descartam os parlamentos e os partidos políticos. (MOISES, 2010, p. 45-4).

O Brasil caracteriza-se como um país onde parte importante dos seus cidadãos desconfiam da democracia (MOISES, 2010). Diante desse cenário, podemos afirmar que parte do esvaziamento dos espaços participativos explica-se justamente pela assertiva de que os cidadãos, na sua grande maioria, não acreditam que a democracia possa resolver os seus problemas, especialmente sociais. Nesse sentido, as democracias falharam na sua principal missão, qual seja, reduzir a desigualdade social e elevar a condição de vida dos

cidadãos (BAQUERO, 2000). Diante dessa impotência da democracia e diante dos serviços públicos precários, em partes pelos modelos gerenciais do neoliberalismo adotado no país, os níveis de participação tendem a ser baixos e o interesse público diminui.

Por isso, entendemos que parte da explicação ao esgotamento e ou esvaziamento da participação popular deve-se ao fracasso de uma democracia que não produziu, para seus cidadãos, a qualidade de vida necessária para que estes tenham simpatia pela democracia e pelos seus canais de participação.

Ainda, acreditamos que outros elementos são igualmente importantes considerar na tarefa de buscar explicações ao esgotamento da participação. Nesse sentido, elementos de natureza específicas do modelo participativo igualmente podem contribuir para a problemática aqui analisada. Sobre isso, Oliveira e Kruger afirmam que:

O caráter deliberativo e fiscalizador dos espaços institucionais de participação, progressivamente metamorfoseados, vem ganhando um sentido de parceria, de espaço de consulta, de colaboração, de ouvidoria e de mesa de diálogo social, ancorado na Política Nacional de Participação Social (PNPS) como uma de suas maiores expressões (BRASIL, 2014)⁸. Com este transformismo gradual, esses espaços tornaram-se mais burocráticos, com perda do seu caráter deliberativo, fiscalizador e propositivo (antes mesmo de conquistar efetivamente este caráter). As pautas desses espaços parecem ser cada vez mais setoriais e locais, com toda relevância que esses temas possuem, mas o caráter conflitivo e de disputas pela direção política e econômica dos serviços públicos apequenou-se. Nesse cenário, o predomínio das posturas aliancistas de cooperação, de pactuação e de consenso subalternizam os interesses do trabalho, em prol de sua substituição pela retórica do bem comum, da justiça social, do progresso, da governabilidade e da modernização. (OLIVEIRA, KRUGER, 2018, p. 64)

Além do esvaziamento dos espaços participativos com a dificuldade de encontrar lideranças e entidades que queiram compor os espaços participativos, a agenda desses espaços igualmente mudou, conforme Oliveira e Kruger. E essa mudança parece acompanhar uma espécie de despolitização da luta pela saúde, prevalecendo nos conselhos e nas conferências, a busca pelo consenso e não mais a defesa de um ideário político e ideológico da saúde como elemento articulador da luta de todos. Acrescenta-se a isso a disputa por temas setoriais que embora importantíssimas, apresentam dificuldades de compor uma estratégia política mais ampla nos espaços dos conselhos e das conferências. Como consequência, não é incomum disputas de segmentos representativos nos conselhos e conferências por espaços que posteriormente apresentam-se fragmentados.

Em “*Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa*” Gomes e Orfão apontam uma série de limites identificados em pesquisas sobre a participação da comunidade na saúde. Entre outros desafios, os autores apontam que:

No que se refere à escassez de capacitações envolvendo os membros dos Conselhos de Saúde, isso pode ser explicado pela falta de interesse dos gestores em qualificá-los e pela elevada rotatividade dos conselheiros, cujo tempo de mandato, entre os diferentes colegiados, varia de dois a três anos; além da centralização de informações entre os segmentos dos gestores e profissionais da saúde, uma vez que, embora os usuários participem das reuniões, apresentam uma participação com pouca qualidade inviabilizando ou prejudicando, inclusive, a atuação e o processo de tomada de decisão por parte desses atores sociais (GOMES, ORFÃO, 2021, pg. 1203).

Embora a formação dos conselheiros, particularmente dos segmentos dos usuários e trabalhadores seja previsto na lei complementar 141/2012, ainda é muito incipiente as experiências de gestores que oportunizam e viabilizam que os conselheiros do seu município se qualifiquem. Por isso, somado aos demais fatores explicativos do esgotamento participativo, soma-se a falta de formação dos conselheiros para o exercício qualificado do controle social.

Este desafio, porém, deve ser igualmente compartilhado com as entidades que cada membro do colegiado representa. Nesse sentido, observar quais representantes tais entidades nomeiam nos conselhos seria um exercício importante de análise uma vez que o que observamos nos vários anos de trabalho junto aos conselhos é que as entidades representativas igualmente deixaram de apostar, muitos deles, nos conselhos e nas conferências, em partes pelas limitações que os mesmos apresentam.

Por fim, cabe dizer que a literatura tem indicado inúmeras outras razões que podem contribuir na compreensão deste fenômeno e podemos, em pesquisas posteriores, aprofundar outros aspectos que podem trazer, à luz do desafio que enfrentamos, perspectivas novas que contribuam para um aprofundamento da experiência participativa brasileira. Para fins desta pesquisa, entendemos que apontar alguns elementos explicativos do que chamamos de esgotamento da participação popular é suficiente para o que nos colocamos como objeto de análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos identificar de que modo construímos no Brasil o debate em torno da política pública de saúde, como avançamos na institucionalização do mesmo, especialmente a partir da conquista do Sistema Único de Saúde para, finalmente, apontar alguns elementos explicativos diante da constatação de que os espaços conquistados como participativos, vem apresentando limites que chamamos de esgotamento ou esvaziamento dos conselhos e das conferências.

Perguntamo-nos, como hipótese deste trabalho, se tais instâncias participativas deveriam ser consolidadas ou reformuladas.

A modo de conclusão, queremos indicar que em que pese a constatação de limites da experiência participativa brasileira e em particular na saúde, deve-se reconhecer a importância desses espaços desde a sua criação. Apesar dos seus limites, as vezes o único espaço de diálogo sobre o direito à saúde é o conselho municipal de saúde. Se não fosse o conselho, nenhum outro lugar seria constituído para conversar sobre a saúde, seus problemas e desafios. Embora não seja suficiente pois almejamos esses conselhos mais efetivos e incisivos, apesar dos seus limites contribuem como o único canal de diálogo da sociedade com a gestão pública.

O mesmo acontece com as Conferências. Se não fosse essa exigência legal, não haveria no Município, Estado e talvez no Governo Federal algum outro lugar com participação ampla da sociedade.

Por isso, na perspectiva da consolidação ou da reformulação, compreendemos que as duas coisas podem ser realizadas de forma concomitante. É preciso consolidar e há espaço para isso, entre outros, institucionalizando um processo formativo permanente para os conselhos de saúde de modo que os seus conheçam a política de saúde, saibam seu papel como conselheiros, tenham autonomia para mobilizar lideranças, associações, pastorais e demais movimentos. É possível consolidar incentivando a participação popular não apenas na saúde, mas em todas as demais políticas públicas da gestão pública, de modo a criar uma cultura participativa da sociedade. Também é possível consolidar os conselhos e as conferências valorizando as decisões e deliberações das instâncias participativas. Isso significa dizer que as diretrizes aprovadas nos conselhos e nas conferências devem ser transformadas em políticas de saúde local. Os cidadãos devem observar que as discussões feitas na conferência viraram realidade, o que o convence a

participar desses espaços. É possível consolidar legitimando os conselhos e as conferências como espaços estratégicos de produção da política de saúde.

Por outro lado, igualmente é possível inovar e sair do mecanicismo e do burocratismo desses espaços. E inovamos quando permitimos que não apenas conselhos e conferências sejam espaços de discussão da política de saúde, outros como fóruns, coletivos, articulações e mobilizações devem ser considerados como espaços legítimos de produção da política de saúde. Inovamos quando permitimos que as reuniões do conselho sejam nas comunidades, nas ocupações urbanas, nas associações de moradores e não apenas na Câmara de Vereadores, como comumente acontece. Inovamos quando permitimos que o conselho tenha um canal de diálogo aberto com o legislativo de modo a discutir com estes o processo de planejamento, tornando-os, quem sabe, membros permanentes de comissões nas casas legislativas.

Igualmente inovamos e com isso consolidamos quando pluralizamos a participação popular, quando reformulamos as leis de criação dos conselhos, quando não atrelamos a participação nesses espaços à necessidade de constituição jurídica das entidades, exigindo deles CNPJ. Inovamos quando ampliamos a participação não apenas a lideranças representativas e sim viabilizamos a participação de indivíduos que igualmente podem representar os anseios da sua comunidade. Da mesma forma inovamos quando constituímos o conselho como entidade parceira de outras lutas, outros espaços, outras iniciativas participativas.

Em síntese, embora haja desafios estruturais para a participação popular nas políticas públicas, como a cultura de gestão autoritária, a desvalorização do popular como saber constituinte da política pública, entendemos que apesar dos seus limites, os espaços institucionais de participação da saúde foi, é e continuará sendo fundamentais para o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Tiago Souza Nogueira De. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v.3, n.3, out/dez. 2014 ISSN 2358-1824

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil / Legal framework of health promotion in Brazil. Rev Med (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):148-54.

AROUCA S. Conferência: Democracia é Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 35- 44

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BORTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Revista da Escola de Enfermagem. USP 30 (3) Dez 1996

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. Textos & Contextos : Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS. FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

COHN, Amélia. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: Mota, Carlos Guilherme (Org). Viagem Incompleta: a experiência brasileira (1500-2000). São Paulo: SENAC, 2000.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo)

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia & LOBATO, Lenaura V. C. (org.). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

COSTA e SILVA, Cristiane Maria; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rio de Janeiro, Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 15, n. 5, p. 2539-2550, agosto 2010.

CARVALHO, A. I., eds. Sistema de saúde brasileiro: história e configuração atual. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 278-456.

DO LAGO, Luiz Aranha Corrêa. Da escravidão ao trabalho livre: Brasil, 1550-1900. Companhia das Letras, São Paulo, 2014

FLEURY, Sonia. Ciências da saúde coletiva. Nº 14, Jun 2009

_____. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 91-12, 1987.

FILHO, Bertolli, Claudio. História da Saúde Pública no Brasil. Ática Universitários, São Paulo, 2011.

FERNANDES, F. *Brasil, em compasso de espera*, São Paulo: Hucitec, 1980, p.113.

GUIZARDI, F. L. *et al* Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GOMES, José Felipe de Freitas; ORFÃO, Nathalia Halax. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 45, N. 131, P. 1199-1213, out-dez 2021

IYDA, M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

MACHADO CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciências da Saúde Coletiva*. 2010

MARQUES, Silvia Badim. *Revista de Direito Sanitário*. Lua Nova, v.10, n.2, p. 64-86, Jul/Out. 2009.

MARMELSTEIN, George. *Curso de Direitos Fundamentais*. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 29/05/2023

PORFIRIO, Blum, Silva. Os lucros da escravidão no Brasil e seu impacto econômico: Uma abordagem histórica dos séculos XVI ao XIX *Revista Pet Economia Ufes*. Vol. 2. Agosto, 2021

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988 . Porto Alegre: Livraria do Advogado Ltda, 2002.

SOBRINHO, Afonso Soares de Oliveira. Sociologias, Porto Alegre, ano 15, no 32, jan./abr. 2013, p. 210-235.

Toledo - Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 24, nº 47, p.13-28 - 2004

TELLES, Vera da Silva. Pobreza e cidadania. São Paulo: Editora 34, 2001