

Reginaldo de Souza Vieira

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL:

fundamentos jurídicos, história
e participação popular.



EDITORA ÍTHALA

© 2025 Editora Íthala

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Godoy Dotta – Doutor e mestre em Educação. Especialista em Administração, Metodologia do Ensino Superior e em Metodologia do Conhecimento e do Trabalho Científico. Licenciado em Sociologia e Pedagogia. Bacharel em Tecnologia.

Ana Claudia Santano – Pós-doutora em Direito Público Econômico pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora e mestre em Ciências Jurídicas e Políticas pela Universidad de Salamanca, Espanha.

Daniel Wunder Hachem – Professor de Direito Constitucional e Administrativo da Universidade Federal do Paraná e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutor e mestre em Direito do Estado pela UFPR. Coordenador Executivo da Rede Docente Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo.

Emerson Gabardo – Professor Titular de Direito Administrativo da PUC-PR. Professor Associado de Direito Administrativo da UFPR. Doutor em Direito do Estado pela UFPR com Pós-doutorado pela Fordham University School of Law e pela University of California - UCI (EUA).

Fernando Gama de Miranda Netto – Doutor em Direito pela Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

Professor Adjunto de Direito Processual da Universidade Federal Fluminense e membro do corpo permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Sociologia e Direito da mesma universidade.

Ligia Maria Silva Melo de Casimiro – Doutora em Direito Econômico e Social pela PUC-PR. Mestre em Direito do Estado pela PUC-SP. Professora de Direito Administrativo da UFC-CE. Presidente do Instituto Cearense de Direito Administrativo - ICDA. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito Administrativo - IBDA e coordenadora Regional do IBDU.

Luiz Fernando Casagrande Pereira – Doutor e mestre em Direito pela Universidade Federal do Paraná. Coordenador da pós-graduação em Direito Eleitoral da Universidade Positivo. Autor de livros e artigos de processo civil e direito eleitoral.

Rafael Santos de Oliveira – Doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre e graduado em Direito pela UFSM. Professor na graduação e na pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenador do Curso de Direito e editor da Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global e da Revista Eletrônica do Curso de Direito da mesma universidade.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Maria Isabel Schiavon Kinasz, CRB9 / 626

V658

Vieira, Reginaldo de Souza
Direito fundamental à saúde no Brasil:
fundamentos jurídicos, história e participação popular
(recurso eletrônico) / Reginaldo de Souza Vieira –
Curitiba: Íthala, 2025.
200p.: il.; 22,5cm

ISBN : 978-65-5765-277-0

1. Direito à saúde – Brasil. 2. Direitos fundamentais.
3. Participação popular. I. Título.

CDD 342 (22.ed)
CDU 342.7:614

Editora Íthala Ltda.
Rua Pedro Nolasko Pizzatto, 70
Bairro Mercês
80.710-130 – Curitiba – PR
Fone: +55 (41) 3093-5252
☎+55 (41) 3093-5257
<http://www.ithala.com.br>
E-mail: editora@ithala.com.br

Capa: Caroline V. R. Moreira
Revisão: Karla Andreia Leite
Diagramação: Sônia Maria Borba

abdr
ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE DIREITOS
ESPORADICAMENTE
Respeite o direito autoral

Informamos que é de inteira responsabilidade do autor a emissão de conceitos publicados na obra. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Editora Íthala. A violação dos direitos autorais é crime estabelecido na Lei n. 9.610/98 e punido pelo art. 184 do Código Penal.

Reginaldo de Souza Vieira

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL:

fundamentos jurídicos, história
e participação popular



**EDITORA ÍTHALA
CURITIBA – 2025**

*Para o êxito da construção do SUS,
para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais,
a paixão, a capacidade de indignar-se e de se emocionar,
de ter rompantes de cólera contra os agravos à vida, é indispensável.
É mesmo preciso uma férrea vontade, persistência, insistência,
para vencer os inúmeros obstáculos novos à nossa frente.
É preciso, além disso, coragem pessoal, política e intelectual,
para rever conceitos, pré-conceitos, enfim,
ideias que não têm mais suporte na realidade.
Não podemos ser escravos de nada,
nem mesmo de nossas próprias ideias.*

David Capistrano [1948-2000]

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina (Fapesc), entidade de fomento que financiou a publicação da presente obra, no âmbito do Projeto Fapesc – edital de chamada pública Fapesc n. 54/2022: “*Políticas públicas, princípio da participação popular em saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável*”, vinculado ao Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc) e aos Programas de Pós-Graduação em Direito e em Desenvolvimento Socioeconômico da Unesc.

Agradecemos às contribuições dos(as) seguintes professores(as) pesquisadores(as): José Isaac Pilati (meu mestre e orientador no processo de doutoramento no PPGD/UFSC), Antonio Carlos Wolkmer, Cesar Luiz Pasold (*in memorian*), José Rubens Morato Leite, André Viana Custódio, Tânia Regina Krüger e Luis Carlos Cancellier de Olivo (*in memorian*).

Aos(Às) membros(as) do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc), do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc), da Rede Ibero-americana de Direito Sanitário, da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos, da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos, da Rede Brasileira de Direito e Políticas Públicas e ao corpo docente e discente dos Programas de Pós-Graduação em Direito e de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, que, no decorrer dos anos, dos eventos, das pesquisas e dos debates, contribuíram com as reflexões que possibilitaram o amadurecimento teórico para a realização desta pesquisa.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense, instituição comunitária do Sul de Santa Catarina, que, por meio do Programa Grupos de Pesquisa e demais políticas institucionais, de sua Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Inovação e Extensão, tem financiado e priorizado a consolidação da produção científica de qualidade, reconhecida nacional e internacionalmente.

DEDICATÓRIA

*À Rose, minha amada, pela compreensão, carinho e amor
e por ser parte fundamental de minha vida.*

Para Rafael e Catherine... meus filhos amados.

*E a todos(as) aqueles(as) anônimos(as) que, com seu sangue e vida,
pagaram o preço pela democratização de nosso país
e construíram e continuam construindo a saúde
como um direito humano/fundamental e o SUS como um
patrimônio coletivo do povo brasileiro.*

PREFÁCIO

A humanidade é hoje, no seu conjunto, incomparavelmente mais rica que no passado. Mas é também, caso se veja em relação a massas incalculáveis e crescentes de seres humanos, incomparavelmente mais pobre. Os homens estão, no plano jurídico, incomparavelmente mais iguais do que em qualquer outra época graças às inumeráveis cartas, constituições e declarações de direitos. Mas são também, de fato, incomparavelmente mais desiguais na realidade¹

Luigi Ferrajoli

As políticas neoliberais se fortalecem à medida que deterioram os Estados e, provocam déficits estruturais no cenário social, impulsionando um horizonte de retrocessos, enfraquecendo políticas públicas e desmantelando a fundamentação de direitos humanos e fundamentais. A gestão neoliberal fabrica, de forma intensa, existências precárias ao reforçar “as desigualdades sociais na distribuição dos auxílios e no acesso aos recursos em matéria de emprego, saúde e educação, ela reforça as lógicas sociais de exclusão”². Processos de corrosão dos direitos da humanidade, com ênfase para os sociais, impregnam-se nos contextos e fragilizam a democracia. Sob a perspectiva do “comum”, para superar a potência estrutural neoliberal que enrijece as camadas dos sistemas democráticos contemporâneos, é imprescindível o fortalecimento da coletividade, possibilitando a construção de um projeto civilizacional alternativo ao que está posto.

É no aludido cenário que se insere a presente obra, “Direito Fundamental à Saúde no Brasil: fundamentos jurídicos, história e participação popular”. Assim, recebo com imensa honra o convite para produzir o

¹ FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011, p. 525.

² DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal**. 1. ed. São Paulo: Boi Tempo, 2016. p. 381.

prefácio desta brilhante pesquisa, desenvolvida pelo professor Reginaldo de Souza Vieira, pessoa que admiro pelo senso de humanidade, pela coragem de enfrentar temas desafiadores na esfera dos direitos humanos e fundamentais e pela nobreza em compartilhar uma pesquisa que detém potencialidade de transformar realidades. O autor empreende investigação sobre as bases normativas, históricas e político-institucionais que estruturam o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, articulando, com notável densidade teórica, os planos dogmático, histórico e democrático-participativo.

Nessa proposta, ao examinar os fundamentos jurídicos do direito à saúde, o autor não se limita tão somente à exegese constitucional, mas parte de uma leitura crítica da ordem constitucional, iluminando o entrelaçamento entre direitos fundamentais, princípios estruturantes e políticas públicas. Sob a égide de cartas constitucionais e sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos fundamentais, a saúde é reconhecida como direito humano fundamental. Na esteira constitucional brasileira, a consagração do direito fundamental à saúde representa uma das mais eloquentes expressões da centralidade da dignidade da pessoa humana na arquitetura normativa do Estado Democrático de Direito. Tal consagração alcança perfectibilização singular a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), cuja tessitura axiológica e programática elevou a saúde à condição de direito de todos e dever do Estado, inserindo-a no núcleo essencial dos direitos sociais e vinculando-a a um complexo sistema de garantias institucionais e participativas.

Nessa conjuntura, a análise a respeito do protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) revela-se imprescindível, na medida em que o SUS é compreendido não apenas como arranjo administrativo, mas como verdadeira instituição constitucional fundamentadora de direitos, cuja existência traduz opção política fundada em princípios e diretrizes que norteiam a operacionalização do próprio sistema. Por isso, o percurso histórico traçado na obra evidencia que o direito à saúde no Brasil não é fruto de concessão graciosa do Estado, mas resultado de lutas sociais e da atuação decisiva de movimentos sanitários e de instâncias deliberativas que marcaram o pro-

cesso constituinte, no sentido de que a recuperação crítica desse itinerário histórico permite compreender a transição de um modelo excludente e segmentado para uma concepção universalista de saúde, fundada na solidariedade social e na corresponsabilidade federativa.

No mesmo sentido, dá-se a abordagem da participação popular como dimensão constitutiva do direito à saúde, em razão de que ao apresentar os mecanismos institucionais de controle social, como conselhos e conferências, o autor reafirma a premissa de que a efetividade dos direitos fundamentais sociais depende da abertura do espaço público à deliberação democrática. Logo, a participação popular assume feição de garantia procedimental da própria normatividade constitucional, funcionando como elemento de legitimação e de aprimoramento contínuo das políticas públicas de saúde. A proposta do SUS, por intermédio de ações e serviços públicos, vai ao encontro das diretrizes estabelecidas no art. 198, incisos I, II e III da CF/88: “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”³.

Inclusive, o artigo 2º da Lei n. 8.080/90⁴ refere que a responsabilidade estatal não exclui o dever das pessoas, arranjos familiares, empresas e sociedade em geral em estabelecer condições indispensáveis para garantir o direito à saúde de todos. À título conceitual, o SUS é uma “instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do Direito à saúde no Brasil”⁵. Do mesmo modo, o SUS “representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sa-

³ BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

⁴ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

⁵ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde**. Brasília, DF: Conasems, 2019. p. 49.

nitário brasileiro na medida em que integra e organiza diversas outras instituições jurídicas”⁶.

Neste enredo, o(a) leitor(a) encontrará, no decorrer destas páginas, não apenas uma reconstrução teórica consistente, mas também um convite à reflexão crítica sobre os rumos da proteção jurídica da saúde no Brasil. O conteúdo desta obra a torna referência indispensável para pesquisadores, operadores do Direito, gestores públicos e todos aqueles comprometidos com a fundamentação dos direitos fundamentais sociais em uma sociedade marcada pela operacionalização de lógicas neoliberais que fabricam profundas desigualdades estruturais. Em tempos de reiteradas crises sanitárias, fiscais e institucionais, a reafirmação do direito fundamental à saúde como cláusula de compromisso civilizatório revela-se imprescindível.

A presente obra, ao conjugar fundamentos jurídicos, memória histórica e participação democrática, contribui de modo significativo para o fortalecimento da cultura constitucional brasileira e para a consolidação de uma compreensão substancial e não meramente retórica da saúde como direito fundamental. Desejo que esta publicação encontre ampla circulação no meio acadêmico e institucional, estimulando novos debates e aprofundando a reflexão crítica sobre os caminhos e descaminhos da efetivação do direito à saúde no Brasil.

Criciúma, março de 2025.

Gabrielle Scola Dutra

Doutora em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), com estágio pós-doutoral em Direitos Humanos (Uniritter). Professora na Universidade do Extremo Sul Catarinense Unesc), lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Direito – Mestrado e Doutorado (PPGD Unesc). Líder do Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos, Diversidade e Inclusão na Era das Migrações”, cadastrado no CNPq e vinculado ao PPGD Unesc.

⁶ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde**. Brasília, DF: Conasems, 2019. p. 49.

SUMÁRIO

| | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 | A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E UNIVERSAL..... | 23 |
| | 2.1Saúde: contextualização histórica e conceituação | 24 |
| | 2.2Os documentos internacionais e o direito à saúde..... | 37 |
| 3 | O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL DA COLÔNIA AO FIM DO REGIME MILITAR (1985): A AUSÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR | 47 |
| | 3.1O Período Colonial, a Monarquia e a Constituição Imperial.... | 48 |
| | 3.2A Primeira República: República Oligárquica (1889-1930) e a primeira Constituição Republicana | 51 |
| | 3.3O período Vargas: Segunda República (1930-1937) eTerceira República – Estado Novo (1937-1945) | 57 |
| | 3.4Quarta República: do fim do Vargasismo (1945) ao Golpe Militar (1964) | 65 |
| | 3.5Quinta República: o regime de exceção | 69 |
| 4 | O DIREITO À SAÚDE NA CRFB DE 1988: O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)..... | 81 |
| | 4.1O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde construindo a saúde como um direito de todos(as): a Sociedade defendendo os seus interesses | 84 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.2A CRFB/1988: a República Participativa reconhece a saúde como um direito de todos(as) – nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) | 92 |
| 4.2.1 Sistema Único de Saúde: conceito e objetivos..... | 98 |
| 4.2.2 Os princípios e as diretrizes do SUS..... | 101 |
| 5 A CIDADANIA PARTICIPATIVA EM SAÚDE..... | 113 |
| 5.1 As Conferências de Saúde | 127 |
| 5.2 Os Conselhos de Saúde..... | 133 |
| 6 A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO JURÍDICO E POLÍTICO DOS CONSELHOS DE SAÚDE E SUAS LIMITAÇÕES: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS RESOLUÇÕES N. 33 DE 1992, N. 333 DE 2003 E N. 453 DE 2012 | 147 |
| 6.1 Organização interna dos conselhos de saúde à luz das Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012 | 153 |
| 6.2 Estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde à luz das Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012 | 163 |
| 7 CONCLUSÃO | 175 |
| REFERÊNCIAS | 183 |



INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) ao prescrever em seu art. 1º, parágrafo único, o exercício direto e participativo ao lado da democracia representativa, como expressão e fundadora da República Participativa, instituiu formalmente a existência de uma nova concepção de cidadania, não meramente formal e vinculada à democracia representativa, mas estribada na cidadania participativa e no reconhecimento dos direitos humanos/fundamentais, na qualidade de necessidades da Sociedade.

Ao adotar esse paradigma⁷ participativo, a CRFB/1988 demonstrou a necessidade de superar o paradigma moderno representativo liberal, que não consegue mais responder às necessidades das demandas sociais e encontra-se em crise de legitimidade, seja pelas tensões do seu modelo tanto em seus aspectos políticos e jurídicos, quanto pela não concretização para todos(as) das promessas da modernidade burguesa.

Entretanto, destaca-se que essa nova construção paradigmática não pressupõe a eliminação do Estado e das conquistas advindas da modernidade, mas se materializa na convivência/coabitação entre esses dois modelos, ou seja, entre a cidadania representativa e a participativa.

7 A compreensão de paradigma nesta pesquisa é vislumbrada como um processo de transição paradigmática (Morin, 2011; Kuhn, 1997) que possibilita a recuperação da participação efetiva e concreta da sociedade nas decisões políticas de seu interesse a partir das tensões e crises do modelo moderno liberal fundado na representação da cidadania e do monismo jurídico (enquanto modelo que só reconhece o direito estatal como único direito válido, não reconhecendo outras construções de normatividade realizadas pela democraticamente pela sociedade).

Também prescreve a convivência entre o monismo⁸ e o pluralismo jurídico comunitário e participativo⁹, como expressão das manifestações de uma sociedade participativa.

Nesse contexto, insere-se a cidadania participativa em saúde e o direito à saúde no Brasil como resultados do processo de construção da Sociedade de um projeto alternativo àquele autoritário e vigente no regime militar.

Esse projeto de concepção de saúde pública, constituída pelo sistema único, de caráter universal e rompida com o modelo privatizante, teve o seu nascedouro no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), na qualidade de aglutinador dos novos movimentos sociais, que veio a construir a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Ele se vinculou a uma construção engajada no processo de democratização do país, mas que não se restringiu ao paradigma representativo, propondo a inserção da participação da Sociedade nesse novo modelo sanitário que era proposto.

Segundo Fleury (1997, p. 29),

[...] sob a bandeira de Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, al-

-
- 8 Compreendido como o processo constituído no âmbito do projeto da modernidade burguesa e criação do Estado moderno tornou a formulação do direito uma prerrogativa exclusiva do Poder Legislativo, na qualidade de expressão da ideologia liberal-burguesa. Para Grossi (2007, p. 39): “A lei torna-se uma forma pura, ou seja, um ato sem conteúdo, um ato ao qual nunca será um determinado conteúdo a dar o crisma da legalidade, mas sempre e somente a proveniência do único sujeito soberano. O qual se identifica cada vez mais em um legislador, em um legislador embaraçante, unido intimamente a qualidade da sua criatura normativa à própria pessoa e a sua supremacia”.
- 9 [...] de um novo pluralismo jurídico (designado de comunitário-participativo), configurado num modelo aberto e democrático, privilegiando a participação direta dos sujeitos sociais na regulação das instituições-chave da Sociedade e possibilitando que o processo histórico se encaminhe pela vontade e controle das bases comunitárias. (Wolkmer, 1997, p. 69)

cançando ser, ao início do processo de democratização, um ator político impossível de ser ignorado.

Tendo a Sociedade, no contexto do MRSB e na RSB, proposto e construído jurídica e politicamente o Sistema Único de Saúde (SUS), por conseguinte, afirma-se que o SUS é criação da Sociedade. Esse novo paradigma para a saúde foi construído dentro de uma concepção que manifesta a existência de um pluralismo jurídico sanitário, de caráter comunitário e participativo.

A expressão concreta dessa realidade foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que rompeu com a matriz autoritária então vigente historicamente e com um modelo de conferências, os quais excluíam a participação da Sociedade de seu processo. Após, construiu uma arena de agora que criou o SUS. Portanto, a posterior inclusão das resoluções dessa conferência na CRFB/1998 simbolizou e expressou que a Sociedade fez a constituinte da saúde, não o Estado.

Portanto, o SUS erigido no texto da CRFB/1998 como um direito humano fundamental e transdimensional se consubstancia em uma política pública de Estado, criada a partir da efetiva participação da Sociedade na luta contra a Ditadura Militar de 1964-1985 e pela redemocratização do Brasil. Assim, o SUS se concretiza por um patrimônio da sociedade brasileira que deve ser defendido por ela.

Ao falar em políticas públicas, trabalha-se com a ação do Estado em seus vários níveis de estruturação federativa para concretizar, em sua grande maioria, os direitos humanos fundamentais previstos na CRFB/1988. Esse processo pode ocorrer com ou sem a participação da sociedade, a partir de demandas que necessitem da resposta estatal de acordo com as suas prerrogativas constitucionais (Bucci, 2013; Souza, 2007; Schmidt, 2018; Gianezini, Barreto, Vieira, 2015; Subirats *et al.*, 2008; Villanueva, 1993; Teixeira, 2002). É importante ressaltar o papel estratégico das políticas públicas, principalmente de caráter social, para enfrentar, eliminar ou reduzir as desigualdades sociais existentes no

Brasil e concretizar a cidadania para além do seu aspecto formal (eleitoral e representativo).

Destacamos que, na construção desta pesquisa, compreendemos que em cumprimento ao previsto da República Participativa prevista no texto constitucional de 1988, o processo de construção das políticas públicas, a exemplo da saúde, deve ser feito **com** e **para** a sociedade.

Portanto, é a partir desta realidade que restou consolidada a saúde como direito universal, a criação do SUS enquanto uma política pública de Estado e a inclusão da participação popular como condição para que tal sistema existisse e concretizasse os interesses coletivos. Assim, a participação da Sociedade na área da saúde não se consubstancia como formalidade, mas é a própria essência de todo o sistema.

Essa participação popular restou regulada pela Lei n. 8.142 de 1990, que dispôs que ela ocorreria mediante as conferências e os conselhos de saúde. Segundo Carneiro (2002, p. 279),

Os conselhos são espaços públicos (não estatais) que sinalizam a possibilidade de representação de interesses coletivos na cena política e na definição da agenda pública, apresentando um caráter híbrido, uma vez que são, ao mesmo tempo parte do Estado e da sociedade.

Portanto, os conselhos podem se configurar em um lócus que se constitui em um espaço de ágora, onde Estado e Sociedade – democracias representativa e participativa – na qualidade de expressão da formulação de direito concretizam as contradições e os conflitos sociais e a pluralidade política e jurídica que são naturais da coletividade.

Mas esse espaço de formulação jurídica e política participativa, construído pela Sociedade, tem sido concretizado dentro desse novo paradigma participativo que não renega a cidadania representativa? Ou, apesar de sua origem participativa, acabou se constituindo em apenas mais um instrumento paradigmático moderno do monismo jurídico e

da cidadania representativa? A resposta para esses questionamentos, e de outros que surgirão, é o que se pretende apresentar nesta obra.

Na construção da pesquisa, fez-se o uso do método dedutivo, tendo por referência da contextualização histórica e política da construção do SUS, a partir da abordagem monográfica, bibliográfica, legislativa e qualitativa.

Nesse sentido, com fulcro nos parâmetros expostos, a obra restou estruturada em cinco capítulos: a) A saúde como direito humano e universal; b) O processo histórico de construção do direito à saúde no Brasil da Colônia ao fim do regime militar (1985): a ausência de participação popular; c) O Direito à saúde na CRFB de 1988: o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS); d) A cidadania participativa em saúde; e e) A Organização e o funcionamento jurídico e político dos conselhos de saúde e suas limitações: uma análise a partir das Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012.



A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E UNIVERSAL

Segundo Scliar (2007, p. 30), para conceituar a saúde, é necessário considerar:

[...] a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, para entender o sentido do que seja saúde, deve-se compreender o contexto histórico e as forças sociais envolvidas dentro do lócus em análise.

Por conseguinte, dentro dos limites desta pesquisa, será realizada a contextualização do processo histórico de construção do conceito de saúde até a definição aprovada na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ademais, na segunda parte desta seção, pretende-se analisar a maneira como outros documentos internacionais têm tratado da saúde (direta ou indiretamente), dentro do cenário de seu reconhecimento como direito humano fundamental. Para este estudo, destacaremos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP), o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) e as Conferências Internacionais de Alma-Ata – URSS (1978), Ottawa, Canadá (1986), Adelaide, Austrália

(1988), Sundsvall, Suécia (1991), Bogotá, Colômbia (1992), Jacarta, Indonésia (1997), Cidade do México, México (2000), Bangkok, Tailândia (2005), Helsinque, Finlândia (2013), Xangai, China (2016).

2.1 SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAÇÃO

Inicialmente, a saúde esteve ligada a um conteúdo místico, do qual somente iria se afastar de forma concreta com o Renascimento e o advento do Estado Moderno, o qual contrapôs a racionalidade científica ao sobrenatural.

Para Scliar (2005, p. 19), “tratar da doença dá poder. Na antiguidade como entre os povos primitivos de maneira geral, os sacerdotes ou feiticeiros, [...] executores de rituais, acabam formando uma categoria à parte”. Igualmente, no Medievo, a concepção de saúde como pecado foi utilizada pela Igreja Católica como instrumento de fortalecimento de seu poder, tanto no aspecto temporal quanto espiritual. Somente com o conhecimento dessa realidade começou a ser alterada, por um processo lento e gradual (e com retrocessos), o qual lapidou o entendimento sobre o conceito de saúde.

A ideia de saúde em suas origens esteve ligada às melhorias das condições de habitação, fator que conhecemos atualmente como saneamento. Desse modo, havia uma preocupação dos povos primitivos com o asseio pessoal e a limpeza de forma geral, sem, no entanto, tê-las como uma ação de saúde (Rosen, 1994; Raeffray, 2005).

Entre os gregos, inicialmente, a concepção de saúde era extremamente religiosa e mitológica, estando o processo de cura associado à atuação de diversas divindades. Além da divindade da medicina, *Asclepius* ou *Aesculapius*, havia as suas filhas, a *Higeia*, considerada a deusa da saúde, e *Panacea*, a deusa da cura. Destaca-se que, apesar da concepção mitológica, eles utilizavam plantas e métodos naturais para o tratamento das doenças e não apenas os rituais de suas crenças (Scliar, 2007).

A primeira definição de saúde é atribuída aos gregos de Esparta, os quais, baseando-se no brocardo *Mens Sana In Corpore Sano*, enten-

diam que a existência de uma boa saúde precisava da existência de um equilíbrio entre corpo e mente (Schwartz, 2001; Scliar, 2005).

Essa concepção mística começou a ser parcialmente alterada com o surgimento dos primeiros médicos gregos, entre os quais se destaca Hipócrates, considerado o pai da Medicina, o qual a partir da observação empírica, entendeu que a doença era oriunda de fatores causais da própria natureza (inclusive do local onde reside) e não poderia ser tratada com a utilização do misticismo. Acreditava que os componentes do Universo (a água, a terra, o fogo e o ar) e, portanto, do próprio organismo, eram responsáveis pelas características deste, e que suas variações quantitativas representavam o “equilíbrio” e o “desequilíbrio”: a saúde e a doença. Nessa concepção hipocrática, ter saúde significava não possuir doenças. Foi a primeiro a fazer uso de uma percepção epidemiológica do processo saúde-doença (Rosen, 1994; Dallari, 1988a; Dallari, 1995; Agustini, 2009). O termo *higeia* significava, para a antiguidade grega, a pessoa que estivesse bem de vida. E a higiene e o exercício físico eram considerados, para a medicina grega, dois elementos essenciais na cura de uma determinada doença (Dallari, 2003).

Os romanos, pelo contato com o mundo grego, utilizaram-se de sua tradição e conhecimento (como fizeram com todos os povos que conquistaram) em seus cuidados com a saúde, baseando-se em sua medicina. Além das ações de cura, preocuparam-se com medidas sanitárias de forma geral, dentro do sistema de drenagem dos pântanos – a cloaca máxima –, o qual foi utilizado como depósito dos esgotos e a construção de aquedutos que permitiram trazer água para a cidade, criando os conhecidos banhos públicos. Também havia a percepção de que “a vida e a saúde das pessoas são condicionadas por sua ocupação”, como no caso dos escravos que trabalhavam nas minas e tinham contato com o chumbo e o mercúrio, conforme observações de Galeno de Pérgamo (que era estrangeiro), um dos principais médicos (muitos deles escravos) do período romano. Entretanto, deve-se destacar que, apesar do diagnóstico da influência das condições laborativas na vida e na saúde humana, não houve a tomada de medidas para que tal situação fosse resolvida, até

porque a reposição da mão de obra escrava não era algo difícil (Scliar, 2005; Schwartz, 2001; Aith, 2007; Raeffray, 2005).

A queda do Império Romano, que teve consequências diretas no social, no político, no econômico e no jurídico, com a perda dos referenciais históricos da antiguidade clássica, atingiu a saúde. Nesse sentido, o ocidente europeu medieval, em vez de prosseguir no trajeto não supersticioso para o tratamento das doenças, veio a “recuperar” as tradições sobrenaturais do pré-clássico. Tendo em vista esse cenário, em grande parte do Medieval (que começaria a ser alterado no Medieval Tardio) não existia diagnóstico e assistência ao processo do adoecimento, porque não sabiam a causa das doenças, nem imaginavam que eram causados por microrganismos. Consideravam a doença como castigo de Deus, em razão do pecado, conforme preconizava a Igreja. Para a cura, eram recomendadas rezas, penitências, invocações de santos, unções etc. – procedimentos para a purificação da alma. Esse período foi marcado pelo sofrimento, devido às inúmeras pestilências¹⁰ e epidemias/pandemias que atingiram a população, sendo a melhor forma de prevenção que encontraram naquela situação o afastamento dos contatos impuros, isolando os doentes das pessoas saudáveis (Scliar, 2005; Rosen, 1994; Dallari, 2003; Schwartz, 2001; Dallari, 1988b).

Os cuidados realizados nos primeiros hospitais eram considerados uma caridade. Eles eram oriundos da Igreja e de suas congregações e tinham a finalidade de receber pobres e doentes. Portanto, “é importante lembrar que em todos os casos sempre foi a própria comunidade que se organizou para criar e manter esses hospitais, recolhimentos de doentes e miseráveis” (Dallari, 1988b, p. 329). Somente a partir da Revolução Industrial¹¹ essa realidade foi alterada. Esses hospitais não possuíam resolutivi-

10 Entre as principais, cabe destacar: lepra, peste bubônica, varíola, difteria, sarampo, tuberculose, erisipela e o tracoma (Rosen, 1994; Raeffray, 2005).

11 Para Iannone (1992, p. 55): “A Revolução Industrial correspondeu à revolução do processo produtivo, pois deixou-se de produzir através da manufatura e passou-se à maquinofatura. No primeiro caso, o homem era o agente produtivo e a produção

dade nos casos patológicos. Ao mesmo tempo serviam como instrumento de exclusão dessas pessoas do conjunto da sociedade. Por conseguinte, o hospital era uma instituição não para curar as doenças, mas para proteger a população, isolando os enfermos, como era feito no caso dos leprosários¹². Com base nessa concepção, surgiram os hospitais psiquiátricos e os asilos (Scliar, 2005; Schwartz, 2001). O isolamento era feito em hospitais, asilos, leprosários ou quarentenas temporárias – implantadas pela primeira vez em Veneza. Essas foram as principais medidas preventivas para combater as pestes que assolaram o ocidente medieval. Tais medidas não tiveram êxito para impedir a propagação das doenças, por serem desconhecidas as formas de contágio. Acabam servindo, exceto no caso da quarentena, para isolar os indesejáveis do convívio da comunidade, prática que continuou na modernidade (Rosen, 1994; Raeffray, 2005).

Nesse período, a expectativa de vida era de apenas 30 anos. Somente existia a preocupação de orientação de prevenção (educação em saúde) para as pessoas da classe rica; os pobres não tinham direito a conhecimentos como acordar cedo, não exagerar no uso de bebida alcoólica, nas refeições ingerir poucos alimentos, realizar caminhadas ou algum tipo de atividade física, e usar os três médicos: primeiro, o doutor descanso; depois, o doutor alegria; e terceiro, o doutor dieta (Rosen, 1994).

Por outro lado, foi no final da Idade Média que, pouco a pouco, foram sendo elaboradas e executadas algumas ações de prevenção. Isso

estava limitada por sua habilidade e sua própria energia ou capacidade física, No segundo a produção era comandada pelo seu talento e criatividade, já que o esforço ficava por conta da máquina sob o comando do homem”.

- 12 A lepra (hanseníase) é citada em várias passagens da Bíblia, em que era recomendado o isolamento dos doentes, a exemplo de Levítico, capítulo 13 – “As leis acerca da praga da lepra”; Deuteronômio, capítulo 24, versículo 8: “Guarda-te da praga da lepra, e tem grande cuidado de fazer segundo a tudo o que te ensinaram os sacerdotes levitas”; Números, capítulo 5, versículos 1 e 2: “Disse o Senhor a Moisés: Ordena aos filhos de Israel que lancem fora do arraial a todo leproso [...]” (Bíblia, 2000, p. 100-102, 124 e 183). A Igreja Católica tratou do assunto em seus concílios durante a Idade Média, desenvolvendo uma política para tratar de tal patologia. Para Raeffray (2005, p. 39): “Em suma, o tratamento dispensado aos leprosos pela Igreja criou uma comunidade de mortos-vivos”.

teve como causa o aumento das relações econômicas e o surgimento da burguesia enquanto classe econômica, que refletiram diretamente na construção dos Estados Nacionais.

E é nesse contexto que aparecem as primeiras preocupações sanitárias, que tiveram entre as ações: o recolhimento dos lixos, matadouros, chiqueiros, pavimentação das ruas e a canalização de dejetos para poços cobertos (Scliar, 2007; Rosen, 1994).

Portanto, fica claro que a mudança de postura em relação à saúde, na busca de ações de prevenção sanitária, esteve vinculada a mudanças estruturais econômicas, que abandonaram o feudalismo¹³ e fizeram surgir o capitalismo enquanto modelo hegemônico.

Nesse sentido, o Renascimento – e sua influência nas ciências – teve impacto na construção de uma concepção de saúde que rompesse com a ideia do sobrenatural ou da vinculação à punição divina em razão do pecado. Nesse processo, a Igreja Católica agia contraditoriamente, pois, ao mesmo tempo que os monges resgatavam métodos da medicina grega, a Igreja perseguia os criadores dessas inovações científicas. Segundo Scliar (2005, p. 44), “os protestantes – a Reforma estava em curso – acreditavam que era dever dos crentes estudar a obra da Criação mediante observação própria, o que incluía a prática da dissecação humana”.

Esse contexto se insere na criação do Estado enquanto ser abstrato, com poder soberano, inclusive em relação à Igreja, em seu território.

Esse Estado, que tem seus fundamentos jurídicos e políticos erigidos no final da Idade Média, foi desconhecido das sociedades pré-estatais (pré-modernas). Ele é fruto do projeto (Capella, 2002) ou mito (Grossi, 2007) da modernidade burguesa, na qualidade de uma necessi-

13 Gilissen (1985, p. 189) destaca que: “O feudalismo é caracterizado por um conjunto de instituições das quais as principais são a vassalagem e o feudo. Nas relações feudo-vassálicas, a vassalagem é o elemento pessoal: o vassalo é um homem livre comprometido para com o seu senhor por um contrato solene pelo qual se submete ao seu poder e se obriga a ser-lhe fiel e a dar-lhe ajuda e conselho [...], enquanto o senhor lhe deve protecção e manutenção. A ajuda é geralmente militar, isto é, o serviço a cavalo, porque a principal razão de ser do contrato vassálico para o senhor é poder duma força armada composta por cavaleiros”.

dade do modo de produção econômico capitalista no seu processo histórico de construção e de consolidação (Engels, 2000).

Com base na ação do Estado, medidas sanitárias são desenvolvidas. Na Alemanha, formulou-se a concepção de polícia médica ou sanitária, a qual se caracterizou por ser preponderantemente autoritária, centralizadora e paternalista, tendo como preocupação principal as questões referentes aos elementos legais da saúde (Dallari, 2003; Scliar, 2005). Ademais, em razão das diversas epidemias que assolaram o ocidente europeu, surge o conceito de perigo social, que, em vez de significar ações preventivas concretas, acabou se consubstanciando em instrumento para que o Estado controlasse as pessoas e não apenas as doenças (Berlinguer, 1988).

Conforme Scliar (2005, p. 47):

Assim como as funções do corpo precisam ser integradas às funções sociais, o que é papel Estado, cabe a ele prover os bens e serviços para toda a sociedade. Entre esses serviços, está o cuidado da saúde pública [dentro da dicotomia público-privado inaugurada pelo paradigma moderno] [...]. O olhar que a saúde pública lança sobre o corpo social em acelerado processo de organização é marcado por esse viés autoritário.

Outrossim, foi somente no século XVII, por intermédio das pesquisas de René Descartes que, discordando da Igreja, definiu que o ato do adoecer vinculava-se à relação entre corpo e mente. Retoma-se, do referencial científico, a saúde como ausência de doenças (Dallari, 1988a; Dallari, 1995). Nessa concepção, o corpo funcionava como uma máquina. O fortalecimento dessas descobertas veio a ocorrer em conjunto ao desenvolvimento da anatomia. Desse modo, a doença deixou de ser entendida como concepção humoral e passou a ser localizada nos órgãos. Como consequência dessa descoberta, acelera-se o processo de transformação da concepção de saúde e doença. Para tanto, deve-se destacar a descoberta das bactérias e do quinino no tratamento da malária, bem como o reconhecimento dos sintomas do diabetes (Scliar, 2007; Schwartz, 2001).

Em todo o século XVIII, tendo por base o Iluminismo (e seu modelo racional) e a consolidação do Estado Moderno Liberal, o Estado atua no sentido de controlar os trabalhos realizados na medicina cirúrgica e farmacêutica, procurando eliminar o charlatanismo. Ocorre a regulamentação do ensino médico e a utilização do saber científico para explicar as doenças e os tratamentos destas. Também por consequência dessa racionalidade iluminista moderna, ocorreu um estímulo à realização da “drenagem de pântanos, a abertura de canais, favorecendo a prevenção de epidemias” (Dallari, 2003, p. 41).

Portanto, é nesse período do advento do Estado Liberal que se constroem as bases de uma percepção contemporânea de saúde pública. Entretanto, não foi alterada a forma de agir do Estado em relação ao que se denominava assistência pública (assistências social e médica), pois ela “continuou a ser considerada matéria dependente da solidariedade da vizinhança, na qual o Estado deveria se envolver apenas se a ação das comunidades locais fosse insuficiente” (Dallari, 2003, p. 41).

Ademais, destaca Dallari (2003, p. 42) que

[...] as atividades do Estado relacionadas à vigilância sanitária, durante a implantação do liberalismo, eram em tudo coincidentes com os interesses da burguesia vitoriosa: valorizando sobremaneira o individualismo dominante, limitá-lo apenas naquilo estritamente necessário à preservação da segurança individual, com o mais absoluto respeito à lei – condição do Estado de Direito.

Aduz Schwartz (2001, p. 33) que a concepção de saúde construída dentro do cenário do individualismo liberal assume a característica de uma saúde curativa, “que a moderna doutrina atual chama de aspecto negativo da saúde: ausência de enfermidades”. A preocupação está em curar as doenças e não prevenir as condições que poderiam desencadear seu aparecimento.

Tal mudança se insere no contexto da Revolução Industrial, pois havia a preocupação de que o adoecimento do(a) trabalhador(a) pode-

ria comprometer a produção industrial, e, por consequência, os lucros. Portanto, “sob o predomínio da máquina, a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado” (Dallari, 1988a, p. 58). Desse modo, “uma vez doente (‘estragado’), o trabalhador deve ser curado (‘consertado’), a fim de que a produção não cesse” (Schwartz, 2001, p. 33).

Em razão disso, a doença era considerada um transtorno para o trabalho industrial, e a única saída para manter o nível alto de produção seria cuidar da saúde do(a) trabalhador(a). A preocupação não era com a saúde do ser humano trabalhador(a), mas de que aquela mercadoria que ele(a) possuía (sua força de trabalho) não estivesse apta a produzir conforme as necessidades do sistema econômico capitalista. Por outro lado, ressalta-se que para o(a) trabalhador(a) estar doente era uma catástrofe, pois não teria condições de sustentar-se e à sua família, por estar ausente nesse período de proteção (previdenciária)¹⁴ em razão da incapacidade laborativa (seja momentânea ou definitiva).

De outra banda, Engels (1975), ao analisar a situação do operariado, chega à conclusão de que a saúde da população está ligada ao ambiente e às condições de vida a que estão sujeitos(as) os(as) moradores(as) das cidades. Desse modo, o meio tem influência direta nas condições de saúde do operariado.

Em razão de todos esses acontecimentos e do contínuo avanço da ciência, tem-se a descoberta do microscópico, que revelou a existência de microrganismos causadores de doenças, permitindo a fabricação de soros e vacinas. Porém, foi somente no final do século XIX, com a conhecida “revolução pasteuriana”, baseando-se nos estudos em laboratório de Louis Pasteur, que os fatores etiológicos, até então desconhecidos, foram identificados, e então possibilitou a realização da cura de diversas patologias (Scliar, 2005; 2007). Deve-se frisar, também, que os trabalhos de Pasteur

14 A concepção de uma proteção previdenciária somente iria surgir em 1883, com Bismarck, na Alemanha. Sua origem esteve vinculada ao conflito capital-trabalho e foi usado pelo Estado Autoritário para refrear o crescimento do partido socialista (Raefray, 2005).

e de Koch, na linha da etiologia, “fornecem, então, a causa que explica o defeito na linha de montagem humana” (Dallari, 1995, p. 18).

Por conseguinte, foi essa realidade e a crise do abstencionismo estatal que levaram ao advento do Estado Social, no qual seria repensada a concepção curativa da saúde. Esse novo cenário, que se alia a um novo modo de visualizar as relações sociais e o papel do Estado, fez com que a preocupação com o meio social no qual estava inserido o(a) trabalhador(a) e o ser humano de forma geral fosse considerada no papel interventor do ente estatal, inclusive em relação à saúde.

No início do século XX foi implantada a “proteção sanitária” como política de governo. Também foi nesse período que ocorreu a hierarquização das três formas clássicas de prevenção: a) primária: cujo objetivo era eliminar as causas que influem no surgimento das patologias, por ações constituídas de dois eixos: em relação ao ambiente e ao comportamento do indivíduo; b) secundária: também conhecida como prevenção específica, que atua diretamente sobre as causas de determinadas doenças, a exemplo da vacinação para os casos de gripe; e c) terciária: que tem por escopo atuar em casos nos quais existe a prevalência de incapacidades crônicas ou de patologias recidivas. Sendo a prevenção sanitária uma responsabilidade do Estado, ela se insere dentro de um conceito de seguridade social, que abarca três subsistemas: assistência social, previdência social pública e saúde pública (Dallari, 2003), que foi o modelo adotado pelo Brasil nos artigos 194 a 204 da CRFB/1988.

O mundo, entre a segunda metade do século XIX e a primeira do século XX, estava “revirado”, devido às revoluções operárias do século XIX, a supressão do voto censitário, o progresso científico e tecnológico, a Revolução Russa de 1917 e as consequências traumáticas das duas grandes guerras mundiais, tanto na destruição econômica (que serviu aos interesses do capitalismo) quanto na perda de milhões de vida. Além disso, principalmente em razão do pós-Segunda Guerra Mundial, devem ser destacados dois outros elementos que refletiram em um novo pensamento global: a) as bombas atômicas (que demonstraram que o ser humano poderia destruir toda a humanidade); e b) as atrocidades dos campos de concentração nazistas (que refletiram na Declaração dos Direitos Humanos).

Dallari (1988a, p. 58) aponta que o contexto favoreceu a existência de um debate entre duas grandes correntes, as quais procuravam definir a saúde. Assim,

De um lado, grupos marginais ao processo de produção que viviam em condições de vida miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. A incidência de tuberculose, por exemplo, era acentuadamente mais elevada nas camadas sociais com menos renda. Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doença e seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, falava a favor da conceituação da saúde com ausência de doenças. Com efeito, as drogas aperfeiçoadas empregadas, resultaram na cura de várias doenças, salvando muitas vidas.

O debate entre essas duas correntes teve reflexo na definição de saúde a ser adotada pela OMS. Entretanto, destaca-se que isso não se encerrou com o conceito da OMS, mas se estende até os dias atuais, apesar da inclusão dos elementos da prevenção que opõe, de um lado, os defensores da saúde coletiva e, do outro, os biologicistas.

Ademais, foi nesse cenário, que sacudiu o mundo, que o *Welfare State*, tendo por base as teorias de Keynes, interveio na economia, reestruturando o capitalismo e, por uma necessidade, reconhecendo os denominados direitos. Isso refletiu diretamente na mudança do olhar em relação à saúde, vista como algo a ser acessível a todos e não somente àqueles que pudessem pagar o tratamento (Schwartz, 2001; Morais, 1996). Para tanto, a prevenção estaria incluída nesse novo modo de entender a saúde. Conforme Morais (1996, p. 188, grifo no original):

A prevenção complexifica o tema incorporando ao mesmo uma situação antecipada no sentido de evitar a ocorrência da doença através de serviços básicos garantidores da salubridade pública. Percebe-se, então, que a saúde não se restringe mais à busca individual e passa a ter uma feição coletiva na medida em que a

saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direito social, como direito coletivo, bem como, alarga-se o seu conteúdo. Tem-se a *prevenção da doença*.

Desse modo,

[...] o conceito de saúde perpassou várias hipóteses, basicamente a tese ‘curativa’ (cura das doenças) e a tese ‘preventiva’ (mediante serviços básicos de atividade sanitária). Em verdade, ambas as teses têm como base a visão de que a saúde é a ausência de doenças (uma visão organicista). O que as difere é o tempo de intervenção: na primeira, o médico e/ou sistema de saúde agem após a doença ter-se instalado no corpo humano; na segunda, após a doença ter-se alojado no corpo do enfermo. (Schwartz, 2001, p. 35)

Os modos pelos quais a sociedade percebe seus problemas de saúde, busca explicá-los e se organiza para superá-los dependem de estruturas econômicas, políticas e ideológicas (Paim, 2002).

No contexto do pós-Segunda Guerra, quando o mundo se organizava política, ideológica e economicamente dentro do cenário das ações intervencionista do Estado, foi constituída a Organização Mundial da Saúde - OMS – órgão integrante da Organização das Nações Unidas (ONU) –, a qual prescreveu como princípio basilar a existência da felicidade, das relações harmoniosas e da segurança de todos os povos (Who, 2013).

Também foi nesse momento que se definiu o marco da atual concepção de saúde, conforme a OMS, cujo preâmbulo de sua constituição, em 26/7/1946, definiu saúde como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones e enfermedades*” (Who, 2013)¹⁵.

Percebe-se que esse conceito recupera a experiência histórica dos trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels, e preceitua a necessidade da

15 “[saúde] é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença e enfermidades.” Tradução livre do autor.

existência de um equilíbrio interno do ser humano e deste com o ambiente (Dallari, 2003). Assim, a saúde não pode ser explicada apenas como uma prática curativa e biologicista, mas depende de outras condicionantes. Desse modo, além da cura e da prevenção, fica inclusa a concepção de promoção de saúde (Agustini, 2009), pois não basta apenas cuidar dos doentes ou prevenir o surgimento das doenças, deve-se adotar ações que promovam condições que possibilitem ao ser humano ter saúde.

Preceituam Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 10), ao analisarem o conceito de saúde da OMS, que:

A contribuição conceitual trazida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde é inegável, servindo de referência à operacionalização de diversas leis em matéria sanitária. Primeiro, porque, ao associar o conceito de saúde ao bem-estar social e psíquico, exprime a ideia do ser humano em relação ao meio. Segundo, porque enaltece a saúde como um bem jurídico não só individual, mas também coletivo e, nessa medida, de desenvolvimento, acenando para a necessidade de preservação presente e futura, tanto do indivíduo – tomado isoladamente – como da humanidade.

Esse conceito sofreu diversas críticas por aqueles que entendem sê-lo inalcançável, impossibilitando operacionalizar a sua realização. Para Dallari (1988a, p. 59), entende-se a ansiedade dos sanitaristas sobre tão amplo objeto de atuação, mas deve-se destacar que qualquer redução em sua formulação o “deformará irremediavelmente”.

Para ter saúde, depende-se de vários componentes de qualidade de vida. Nesse sentido, o direito à saúde é um bem que devemos garantir e assegurar em toda a sua complexidade, desde a assistência primária até aquela de maior complexidade, com direito aos serviços de tecnologia desenvolvidos nessa área. Tal direito assegurado deve ser adequado à necessidade de cada cidadão, abrangendo a promoção, a proteção da saúde e a prevenção (Silva; Jesus; Santos, 2007).

A saúde é entendida como decorrente de um estilo de vida orientado no sentido de ser saudável. Esse entendimento decorre da implantação de estratégias de programas da saúde, incluindo: triagem multifásica, testagem genética, programas de monitoração, no controle do processo saúde-doença, programas de saúde ambiental e mental, redução do risco de agravos de morbidade e mortalidade, educação nutricional e saúde (Smeltezer; Bare, 2005).

O conceito de saúde apresenta claramente um resultado das condições de vida e do ambiente. Ao mesmo tempo que prejudica a qualidade de vida e o estado de saúde do ser humano, os padrões de desenvolvimento adotados vêm favorecendo a destruição ambiental por meio da exploração de recursos naturais e poluição, as quais, por sua vez, têm gerado grandes impactos nas condições de saúde e qualidade de vida da população (Siqueira; Moraes, 2009).

Para Schwartz (2001, p. 39), a saúde deve ser vislumbrada como “um *processo sistêmico*, [...] uma meta a ser alcançada e que varia de acordo com a sua própria evolução e com o avanço dos demais sistemas com os quais se relaciona, em especial o Estado e a própria sociedade” (grifo no original).

A concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde influenciou diversos textos constitucionais em vários países, entre os quais o Brasil, o qual consagrou em seu artigo 196 que:

A saúde é um 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

Portanto, nessa linha, a saúde deve ser visualizada como um processo em construção, não como algo acabado. Ela é influenciada pelo meio no qual o sujeito humano convive e pelas relações políticas, econômicas e sociais. Como sendo algo em construção/reconstrução, a abrangência de seu significado dependerá dos interesses e das forças sociais

envolvidas no processo. Por conseguinte, o espaço saúde se caracteriza como um ambiente onde a cidadania pode e deve ser exercitada, onde as forças sociais que compõe a Sociedade devem atuar para que ela venha representar não apenas uma promessa, mas se concretize em um instrumento de resgate da dignidade do ser humano.

2.2 OS DOCUMENTOS INTERNACIONAIS E O DIREITO À SAÚDE

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi proclamada em 1948 pela Organização da Nações Unidas (ONU) (sendo o Brasil seu signatário desde o ato de sua aprovação e proclamação), ainda sob os efeitos das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial. Mesmo sem poder vinculativo, estabelece um conjunto de princípios concernentes aos denominados direitos humanos. Deve-se registrar que a declaração não trata especificamente da saúde, mas estabelece fundamentos que indiretamente interagem com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Logo em seu preâmbulo, preceitua:

[...] o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum, [...] que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla. (Dudh, 1948)

Entende Dallari (2009) que o texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos reforça três elementos fundamentais: a) a existência da “*certeza*” dos direitos, ou seja, que ocorra o estabelecimento *prévio e claro*

dos direitos e das obrigações, com o intuito de os sujeitos poderem usufruir desses direitos sem que haja quaisquer imposições ou condicionamentos; b) que tais direitos estejam *seguros*, exigindo a existência de normas que preceituem que “*em qualquer circunstância*” haverá o devido respeito e cumprimento dos direitos humanos/fundamentais; c) a existência concreta de *possibilidade* dos direitos, para que não expressem apenas uma igualdade formal e possam permitir a verdadeira fruição destes “*todos*”.

Para Piovesan (2008, p. 137), “a universalidade dos direitos humanos traduz a absoluta ruptura com o legado nazista, que condicionava a titularidade de direitos à pertinência à determinada raça [...]”.

Entretanto, destaca-se que essa universalidade deve se inserir no contexto da interculturalidade/multiculturalidade.

O texto da declaração, a partir do artigo 23, começa a tratar dos direitos econômicos, sociais e culturais, estabelecendo no artigo 25, I, que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (Dudh, 1948)

Portanto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos não dissocia a saúde dos outros condicionantes necessários para que se possa ter uma vida digna. Isto é, não se pode avaliar a existência ou não de uma saúde que responda as necessidades dos(as) usuários(as) desses sistemas sem considerar os elementos sociais, culturais e econômicos, os quais influem nos meio sociais em que as ações serão desenvolvidas.

É importante ressaltar o artigo 21, I, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dudh, 1948 – grifo nosso), que reza: “toda pessoa tem o direito de tomar parte no governo de seu país, **diretamente** ou por intermédio de representantes livremente escolhidos”. Ora, o que se

extrai desse artigo é que o texto da Dudh ampara o exercício de uma cidadania participativa ao lado da cidadania representada.

Igualmente, a Convenção Americana de Direitos Humanos (promulgada pelo Brasil por meio do Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992) reza em seu artigo 1º, itens 1 e 2, que:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde com bem público [...]. (Cadh, 1969)

Em respeito aos direitos econômicos, sociais e culturais, dentre os quais se insere o direito à saúde, estes foram desenvolvidos no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc). Este documento foi aprovado pela Assembleia Geral da ONU pela Resolução n. 2.220a, de 16/12/1966, mas somente entrou em vigor em 3/01/1976. O Brasil somente veio a ratificá-lo em 24/1/1992 (foi aprovado pelo Decreto Legislativo n. 226, de 12/12/1991, e promulgado pelo Decreto n. 591, de 6/7/1992). No que diz respeito ao direito à saúde, o Pidesc (1966) dispõe, no artigo 12, que:

- § 1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. § 2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
 2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
 3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Sobre a restrição à aplicação dos direitos sociais, nos quais se inclui a saúde, prescreve Piovesan (2008, p. 180-181):

Acredita-se que a ideia de não-acionabilidade dos direitos sociais é meramente ideológica e não científica. É uma pré-concepção que reforça a equivocada noção de uma classe de direitos (os direitos civis e políticos) merece inteiro reconhecimento e respeito, enquanto outra classe (os direitos sociais, econômicos e culturais), ao revés, não merece qualquer reconhecimento.

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – PIDCP (1966) reproduz em seu artigo 25, *caput* e alínea “a”, um princípio já inserido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de que toda pessoa/cidadão(ã) tem o direito de participar das decisões políticas e dos assuntos públicos de seu país, mediante representantes ou diretamente. Outrossim, no artigo 1º, I, estabelece como direito de cada povo determinar livremente a sua forma de organização política, bem como a forma de estabelecer o seu desenvolvimento econômico, social e cultural. Portanto, não pode haver um modelo imposto de organização e funcionamento social, econômico e político para todos os povos, devendo-se respeitar o seu processo histórico de formação e os elementos culturais que são inerentes a cada sociedade.

Igualmente, deve-se superar a dicotomia direitos civis e políticos x direitos econômicos, sociais e culturais, no sentido de que somente da concretização dos primeiros é que se poderão exercer os outros. Nada mais absurdo e excludente, já que traz no seu bojo uma concepção de se compreender a existência de direitos como uma ação negativa frente ao Estado e que visualizam os direitos coletivos como normas programáticas, o que se concretiza como uma verdadeira negação desses direitos.

Sobre essa aparente dicotomia, expressa Piovesan (2008, p. 142):

Vale dizer, se a efetividade dos direitos econômicos, sociais e culturais, os direitos civis e políticos se reduzem a meras categorias formais, enquanto, sem a realização dos direitos civis e políticos, ou seja, sem a efetividade da liberdade entendida em seu mais

amplo sentido, os direitos econômicos, sociais e culturais carecem de verdadeira significação. Não há mais como cogitar da liberdade divorciada da justiça social, como também infrutífero pensar na justiça social divorciada da liberdade. Em suma, todos os direitos humanos constituem um complexo integral, único e indivisível, no qual os diferentes direitos estão necessariamente inter-relacionados e são interdependentes entre si.

Isso fica claro no caso da saúde, que interliga totalmente com o direito à vida e o de participação política, pois a saúde é uma condição para que a vida possa ser preservada e não prescinde da participação da coletividade na sua construção.

Dallari (2003, p. 48) aponta uma característica dos documentos internacionais em direitos humanos que tratam do conceito de saúde, como este sendo:

[...] o mais amplo possível, abrangendo desde a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica [não só médica, mas de todos os serviços de saúde e de todos os profissionais ligados ao campo saúde] em caso de doença, até a constatação da necessidade do direito do Estado ao desenvolvimento, personificada no direito a um nível adequado à manutenção da dignidade humana. Isso sem esquecer do direito à igualdade, implícito nas ações de saúde de caráter coletivo tendentes a prevenir e tratar epidemias ou endemias, por exemplo.

Ainda na seara dos documentos internacionais que tratam sobre o direito à saúde, ressalta-se a importância das Conferências Internacionais. Um ponto referencial em todas as Cartas/Declarações que traduzem os resultados dos debates nessas conferências é a superação de uma concepção de saúde vinculada ao modelo biomédico e a adoção de um modelo de saúde, inclusivo, que respeite as diversidades regionais, locais e culturais, que não vislumbre a promoção da saúde somente como um processo de cura de doenças. Dentro dessa nova realidade, o fortaleci-

mento da participação comunitária, tanto no planejamento quanto na execução e controle das ações de saúde é fundamental. Essa participação da coletividade deve ser incentivada, promovendo espaços de obtenção de informação e de aprendizado sobre a saúde para estes novos atores sociais. Assim, deve ser garantido que a Sociedade venha participar do processo de mediação da construção da saúde de todos(as).

Entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978 ocorreu na cidade de Alma-Ata, na então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde¹⁶. O texto da Declaração de Alma-Ata, aprovado em 12 de setembro de 1978, teve como referência a urgência de se promover a saúde de todos os povos, mediante ação dos Estados e de todos aqueles que trabalhavam no campo da saúde. Essa Declaração constituiu-se um marco, por estabelecer princípios e metas para que se pudesse ter até o ano 2000, a nível mundial, uma saúde “aceitável” para todos os povos do mundo (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Em seu inciso I, a Declaração de Alma-Ata (1978), reforçando o conceito já estabelecido na Constituição da OMS, diz que a saúde é

[...] um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

16 Conforme o inciso VI da Declaração de Alma-Ata (1978): Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Portanto, a Declaração reforça a concepção de que ter saúde não se constitui apenas em ações, mas em um conjunto de outros fatores que envolvem elementos sociais e econômicos e que, direta ou indiretamente, influenciam o nível de saúde da população. Desse modo, na qualidade de direito, ela implica ser construída pela participação popular e comunitária, conforme preceitua o seu inciso IV que “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

A Carta de Ottawa (1986), fruto da 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde, definiu não ser possível promovê-la sem que haja efetivamente a participação comunitária. Inicialmente, o texto da Carta define tal promoção como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Desse modo, a promoção da saúde é desenvolvida pela realização de:

[...] ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – **a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino**. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de **reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde**. Isto requer um total e **contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado**. (Carta de Ottawa, 1986 – grifo nosso)

Além disso, preceituou que a concretização e a defesa da saúde não podem ficar adstritas apenas ao seu setor, mas devem envolver uma ação/participação organizada/coordenada de todas as partes envolvidas, seja o governo, os membros de outros setores sociais, as organizações não governamentais, a mídia, os setores econômicos e industriais etc. (Carta de

Ottawa, 1986), ou seja, deve envolver a Sociedade e não apenas a esfera pública estatal, pois o bem coletivo saúde interessa a toda coletividade.

As demais conferências reforçaram os preceitos das Conferências de Alma-Ata (1978) e de Ottawa (1986) e destacaram a importância da participação comunitária no processo de construção da saúde; senão, vejamos: 1) Declaração de Adelaide (1988): a) deve-se reforçar o papel da comunidade no processo de promoção da saúde, pois “a ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis”; e b) além disso, dentro dos processos decisórios das políticas de saúde, deve-se inovar no estabelecimento de novas formas de participação para esses atores sociais que interagem com tal campo. 2) Declaração de Sundsvall (1991): a) capacitar a comunidade e os indivíduos a terem maior controle acerca de sua saúde e dos seus processos de decisão; e b) construir alianças que possam fortalecer a promoção da saúde. 3) Declaração de Santafé de Bogotá (1992), que teve por objetivo central a promoção da saúde na América Latina: a) reforçar a “capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem a sua vida [...]”. 4) Declaração de Jacarta (1997): a) dispôs que “a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”; b) que o processo de participação comunitária é fundamental para promover a saúde; e c) a participação se torna mais eficaz e consegue ampliar o papel da sociedade nos processos de tomada de decisão em saúde quando existe acesso à instrução e à informação sobre esta e sobre os fatores que se inter-relacionam com ela, e que implicam qualidade dos serviços de saúde prestados. 5) Declaração do México (2000): a) também destacou a importância da participação da comunidade na promoção da saúde. 6) Carta de Bangkok (2005): a) “advogar pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade”; b) o fortalecimento da sociedade civil no processo de promoção da saúde. 7) Declaração de Helsinque (2013): a) destacou que a saúde deve estar em todas as políticas, reforçando a intersetorialidade entre as políticas públicas – enfoca as “determinantes sociais como prioridade política”; b) “[...] saúde como um direito humano fundamental e a equidade em saúde como expressão de justiça social”; e c) preconizar que seja incentivada a participação da sociedade no processo de construção, implementação


e acompanhamento da concepção de “Saúde em Todas as Políticas”. 8) Declaração de Xangai (2016): a) “Todos pela saúde; Saúde para todos”; e b) destaca a promoção da saúde no âmbito dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030.

No que diz respeito aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a temática da saúde — por sua concepção participativa, intersetorial e transversal às demais políticas públicas, e por integrar os direitos humanos a partir de uma abordagem transdimensional — perpassa toda a Agenda 2030, indo além do Objetivo 3: “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ODS, 2015).

Também é possível vislumbrar essa interseccionalidade da saúde com todos os outros 16 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a partir das determinantes e condicionantes como condições necessárias para a promoção da saúde de todos e todas, conforme ressaltado na Declaração de Xangai (2016). Portanto, dialoga com: o combate à pobreza e à fome; o desenvolvimento de uma agricultura sustentável; a promoção de uma educação inclusiva, de qualidade e com equidade para todos(as); a igualdade de gênero para mulheres e meninas, empoderando-as; a energia sustentável e preço que possa ser acessível para todos(as); o trabalho decente, crescimento econômico sustentável e inclusivo; a industrialização inclusiva e sustentável, garantia do acesso a novas tecnologias; a redução das desigualdade dentro e fora dos países, destacando: “empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra”; as cidades sustentáveis e inclusivas; a sustentabilidade nos padrões de produção econômica e de consumo; o combate urgente a mudanças climáticas e seus impactos na vida das pessoas; a preservação e uso sustentável dos oceanos; a necessidade de preservação e conservação do ecossistema da planeta; a promoção de sociedades pacíficas, da participação da sociedade nas decisões políticas, do acesso à justiça e construção de instituições inclusivas e justas; e parcerias globais para o desenvolvimento sustentável (ODS, 2015).

Por conseguinte, esse contexto ressaltado tanto nas Cartas e Declarações quanto no texto dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável pressupõe uma lógica de organização societária, de deliberação política e regulação jurídica que não se sustenta no modelo da modernidade liberal burguesa, de um capitalismo sem limites, de uma participação democrática meramente formal e de um direito que tem o Estado apenas com sua única fonte (monismo jurídico) e que não reconhece as construções normativas no âmbito da sociedade (pluralismo jurídico participativo).

Cabe ressaltar que esse paradigma hegemônico construído, tendo por base a existência de um direito monista (sem a participação da sociedade) e expresso na soberania do Estado e formulado pelo Poder Legislativo, como detentor da representação da cidadania, encontra-se em esgotamento. Esse paradigma exclui da coletividade toda a capacidade de agir e pensar jurídica e politicamente. Entretanto, seu edifício começou a ruir por não conseguir dar respostas aos desafios do mundo complexo e dinâmico, que se interliga e não aceita mais modelos prontos e acabados. Nesse contexto, os direitos humanos, dentre os quais se insere a saúde, não podem mais ser vistos como modelos prontos e acabados, universais e possuindo mais caráter simbólico do que efetivo. Não. No novo paradigma pós-moderno participativo, a Sociedade cria novos direitos e os reinventa cotidianamente. Assim, estamos diante de uma soberania compartilhada entre a Sociedade e o Estado (Pilati, 2012), de uma convivência entre esses dois paradigmas (Hermany, 2007; Gurvitch, 2005) e de um direito não mais exclusivamente monista, mas formulado dentro do contexto de novo pluralismo jurídico que se estende inclusive à saúde (Wolkmer, 1997; Nunes; Vieira, 2012). E nesse contexto se inserem as declarações e cartas das conferências internacionais de saúde, ao sinergicamente exigirem – como condição para existir a promoção da saúde – que haja a participação concreta da Sociedade no planejamento e na realização de tais ações. Nesse sentido, a Declaração de Jacarta (1997 – grifo no original) consegue sintetizar esse novo paradigma ao dispor que “a promoção da saúde efetua-se **pele e com** o povo, e não **sobre e para** o povo”.



O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL DA COLÔNIA AO FIM DO REGIME MILITAR (1985): A AUSÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR

Não há dúvidas de que a CRFB/1988 se consubstanciou em um divisor de águas no que concerne ao reconhecimento de direitos e à inclusão da cidadania participativa ao lado da representativa em um texto constitucional nacional.

O período que antecede a essa formulação, que contou com a participação efetiva da Sociedade, da CRFB/1988 é marcado, no campo da cidadania, pela ausência de espaços participativos e a limitação, inclusive, para o exercício da democracia representativa.

A saúde não era tratada como direito social e fundamental do ser humano e nem como patrimônio coletivo da Sociedade, mas como um bem que deveria ser adquirido como qualquer outra mercadoria dentro da estrutura de mercado capitalista. Assim, em vez de concepção de seguridade social e direito à saúde, universal e não visto apenas na qualidade de prática curativa, a marca desse período norteou-se pela construção da concepção de saúde nos moldes de seguro social, vinculado a um modelo previdenciário e destinado apenas àqueles(as) incluídos(as) no sistema. Aos outros, o destino seria a caridade, na qualidade de indigentes.

Deve-se destacar que o fato marcante desse período – e que refletirá na alteração da concepção de saúde e no reconhecimento da cidadania participativa como um dos alicerces do direito a ela – foi o

Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que, na qualidade de manifestações da Sociedade, formularam juridicamente a saúde como direito humano fundamental e criaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, com vistas a contextualizar esse processo histórico de formulação do direito à saúde no Brasil, por uma análise que considere as fontes da formulação normativa e os espaços de exercício da cidadania, dividiu-se essa seção de acordo com os principais períodos políticos, que antecederam a redemocratização do país após a ditadura militar, conforme segue: a) o Período Colonial, a Monarquia e Constituição Imperial; b) a Primeira República: República Oligárquica (1889-1930) e a primeira Constituição Republicana; c) o período Vargas: Segunda República (1930-1937) e Terceira República – Estado novo (1937-1945); d) a Quarta República: do fim do varguismo (1945) ao golpe militar (1964); e, e) a Quinta República: o regime de exceção¹⁷.

3.1 O PERÍODO COLONIAL, A MONARQUIA E A CONSTITUIÇÃO IMPERIAL

Apesar de criados ainda no século XVI pelo Conselho Ultramarino Português, na Colônia, os cargos de físico-mor e cirurgião, para zelarem pela saúde da população, acabaram ficando sem ocupantes em grande parte do período colonial. Os médicos não desejavam vir para a Colônia, tanto em razão da perspectiva de baixos rendimentos quanto pelos perigos que podiam encontrar (Bertolli Filho, 2008).

Somente com a chegada da corte portuguesa ao país, em 1808, instalando-se no Rio de Janeiro, a saúde começou a receber maior atenção. Para um melhor atendimento da população (principalmente da corte), foram organizados centros de formação de médicos. Os primeiros foram implantados no Rio de Janeiro, em 1813, e na Bahia, em 1815.

17 Períodos divididos com base em: Silva, 2011 e Vieira, 2010.

Também por razões econômicas, medidas sanitárias foram tomadas na cidade do Rio de Janeiro, então capital do Império Português, principalmente na área portuária, tendo em vista o papel a ser desempenhado pelo Brasil na ordem capitalista e a necessidade de garantir a exportação dos produtos aqui produzidos no contexto do mercado internacional (Bertolli Filho, 2008; Paim, 2009; Brasil, 2011a; Costa; Rozenfeld, 2000).

O contexto do período colonial também não permitia a possibilidade de exercício da cidadania nos assuntos de interesse público. A situação de dependência econômica e política com Portugal não possibilitava a manifestação da sociedade em relação à luta por direitos. Tal realidade era agravada pela composição da população, que tinha em torno de 1/3 de sua totalidade de escravos.

Isso era reflexo do processo de colonização de Portugal, a qual, ao invés do que ocorreu nos Estados Unidos da América pela colonização inglesa, foi baseada na exploração das riquezas naturais e num sistema agrícola que não era exercido pela mão de obra livre, mas pela escrava. Essa realidade acabou deixando marcas profundas na mentalidade das elites da época, que, mesmo com o processo de proclamação da Independência, não se preocuparam, em sua grande maioria, em criar condições que pudessem incluir os excluídos do processo econômico e de decisão política durante o período de colonização portuguesa.

O próprio processo de Independência não ocorreu por apoio popular, mas como “arranjos políticos”, que alteraram a forma, mas não a essência do modelo existente (Prado Jr., 1988; Brum, 1988).

Portanto, nesse cenário, preocupar-se com a questão da saúde e da participação da coletividade em espaços de decisão pública era algo inimaginável. Durante o Império, pouco se alteraria nesse cenário, as disputas políticas se davam entre grupos da elite, afastados do povo, que tudo assistia sem nada entender.

Desse modo, tanto no período colonial como durante todo o Império, salvo algumas ações isoladas, as questões referentes à saúde e à higiene eram de responsabilidade das localidades, sendo feito o aten-

dimento da população pobre e indigente pelas instituições filantrópicas, principalmente as Santas Casas de Misericórdia¹⁸, ligadas à Igreja Católica. Outro grupo da população tinha a sua assistência em saúde pela atuação de médicos, cirurgiões, parteiras, curandeiros e outros que se aventuravam no exercício da atividade (Andrade; Barreto; Bezerra, 2009; Paim, 2009). “Entender a saúde, à época, era visualizá-la como uma (des)graça das divindades” (Schwartz, 2001, p. 44).

Em razão do processo de Independência, é outorgada¹⁹ por D. Pedro I a Constituição Imperial (a primeira do Brasil), em 25 de março de 1824. O texto constitucional não conceituou ou disciplinou em seu corpo as questões referentes à saúde. Tal realidade exprime um texto que, apesar da sua origem autoritária, possuía inspiração no liberalismo e não via como obrigação estatal a intervenção na esfera do que seriam considerados, no futuro, direitos sociais. A Constituição, em seu título 8º, artigo 179, XXXI, utilizou a expressão “socorros públicos” (Brasil, 1824). A expressão “socorros públicos” tratava apenas de situações de calamidade pública (Rezende; Trindade, 2003, p. 44).

Em 1828, organizou-se a Inspetoria de Saúde dos Portos. Uma das suas ações principais era submeter todas as embarcações suspeitas de contaminação em quarentena. Também houve a criação de uma Junta de Higiene Pública e de um Conselho Superior de Saúde Pública (Bertolli Filho, 2008; Rezende; Trindade, 2003; Paim, 2009). Entretanto, essas medidas pouco resultado tiveram na melhoria da saúde da população, continuando o país a ser assolado por epidemias e pelas doenças tropicais.

Deve-se ressaltar que, até 1850, as ações de saúde pública se restringiam a delegar para as denominadas juntas municipais as atribui-

18 Foi em 1543 que surgiu a primeira Santa Casa – a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, fundada por Brás Cubas em Santos. No decorrer dos anos foram criadas outras Santas Casas em Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo (Paim, 2009).

19 Havia sido instalada em 1823 uma Assembleia Nacional Constituinte, que foi encerrada pelo fechamento do Congresso e imposta (outorgada) uma Constituição por D. Pedro I, o que acabou se constituindo “no primeiro golpe brasileiro de Estado” (Vieira, 2010, p. 65).

ções sanitárias e realizar atividades e controle dos navios e das condições sanitária e de saúde nos portos (Brasil, 2011a).

O Império, ao seu término, não havia conseguido organizar de forma adequada a saúde brasileira. Não conseguia dar respostas às epidemias e nem garantir assistência aos que precisavam de atendimento em saúde, sem que essa oferta fosse marcada por discriminação. Desse modo, o pouco que havia de uma organização sanitária resumia-se à capital, ficando o atendimento nas outras regiões restrito a uma atuação local, sem interação com a estrutura nacional. Em suma, os(as) possuidores(as) de recursos eram atendidos por médicos particulares, aos outros, que estavam em estado de indigência, restavam apenas a caridade, o atendimento das casas de misericórdia e dos(as) curandeiros(as) (Paim, 2009).

3.2 A PRIMEIRA REPÚBLICA: REPÚBLICA OLIGÁRQUICA (1889-1930) E A PRIMEIRA CONSTITUIÇÃO REPUBLICANA

A Proclamação da República não se constituiu em uma iniciativa popular, mas caracterizou-se por um golpe de Estado. De uma única vez, o Brasil tornava-se republicano, presidencialista e federalista, sem que se conhecesse a essência dessas mudanças. A participação democrática não era estimulada, nem mesmo daquela baseada na representação da cidadania. Manteve a concepção de voto censitário (com a proibição de votos aos mendigos) e a restrição ao voto das mulheres. Nesse período, teve o início do processo de industrialização do país, com a organização de sindicatos (em parte sob a influência dos imigrantes anarquistas) e do Partido Comunista Brasileiro (1922). Isso desencadeou greves, as quais se avolumaram entre 1920-1930, quando o número de operários chegou a um milhão, próximo da denominada “Revolução” de 1930, que pôs um termo à República Oligárquica, também denominada de República Velha (Vieira, 2010).

No que tange à Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, seguiu o texto da Constituição Imperial e não tratou do direito à saúde, nem de forma indireta. Portanto, apesar das expectativas, não trouxe nenhum dispositivo que definisse quaisquer responsabilidades do Estado sobre a matéria (Rezende; Trindade, 2003).

Ora, apesar de todo o processo de mudança que atingiu a Europa ocidental e que forçava a rediscutir o papel do Estado e reconhecer as demandas operárias, a Constituição de 1891, fiel à concepção liberal, não procurou estabelecer a intervenção do Estado no campo social, restringindo apenas a guarnecer as liberdades negativas e estabelecer os direitos políticos, evitados de restrições para o seu exercício, como forma de sustentar e reproduzir o poder das oligarquias regionais. Deixou-se a tarefa de realizar as ações de saúde aos Estados-membros, que ainda estavam descobrindo o seu papel dentro do modelo republicano e federalista.

Segundo Paim (2009, p. 27-28), com o advento da República:

Havia uma espécie de *não-sistema de saúde*, com certa omissão do poder público [...] Este *não-sistema* foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar. (grifo no original)

No ano de 1899, foi fundado o Instituto Soroterápico Manguinhos (que se tornaria, em 1908, o Instituto Oswaldo Cruz) “para a produção de soros e vacinas”; teve Pedro Afonso como seu primeiro diretor, sendo este sucedido por Oswaldo Cruz, e no qual trabalhariam diversos pesquisadores nacionais (principalmente médicos sanitaristas), entre eles, Carlos Chagas (que descobriu o agente transmissor da doença de chagas). Essa ação dos sanitaristas vinculava-se a uma concepção que procurava desenvolver uma identidade nacional e inserir a presença do governo pelo território brasileiro. Sua realização se deu dentro do marco de um governo autoritário que não dialogava com a Sociedade e que fez uso de métodos militares para a execução dessas atividades

sanitárias, representado por um modelo sanitário campanhista (Rezende; Trindade, 2003; Bertolli Filho, 2008; Lima *et al.*, 2002; Lima; Fonseca; Hochman, 2005; Brasil, 2011a).

Dentro desse contexto, o sanitarismo nessa época tinha por objetivo “transformar a saúde em questão social e política”, inclusive com ações de saneamento e educação sanitária no meio rural (Lima; Fonseca; Hochman, 2005). Era uma tarefa árdua, frente ao analfabetismo e à resistência das oligarquias regionais, que aliados à falta de investimentos fez gerar pouca realização na área da saúde coletiva no restante do país, apesar da iniciativa dos sanitaristas.

Registra-se: em razão da atuação desses profissionais sanitaristas, ocorreu um movimento de reforma sanitária, durante a Primeira República (Brasil, 2011a). Entretanto, deve-se destacar que tal movimento não contou com a participação da Sociedade, estando restrita aos médicos higienistas.

Com Oswaldo Cruz à frente do Departamento de Saúde Pública, adotou-se, no início do século XX, o modelo de campanhas sanitárias para combater as epidemias urbanas e posteriormente as rurais, tais como: a febre amarela, a varíola (em 1904 entrou em vigor a lei de vacinação compulsória referente a esta patologia) e a peste bubônica, fundada “em grande parte na ação da ‘polícia sanitária’ – que multava e intimava proprietários de imóveis insalubres, removiam doentes, entrava nas casas sem autorização dos proprietários [...]” (Castro, 2003). Essas ações tiveram um impulso governamental por terem causa as doenças e epidemias que causaram o comprometimento da economia exportadora (Paim, 2009).

A forma como foi encaminhado o processo de vacinação obrigatória, sem esclarecimento à população e de forma autoritária, acabou culminando no levante conhecido como Revolta da Vacina, que sacudiu a capital federal em 1904, inclusive com confrontos que quase derrubaram o Presidente da República Rodrigues Alves. Segundo Bertolli Filho (2008, p. 29):

Impressionado e desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para os cidadãos. [...] a revolta exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, testando nos anos seguintes novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva.

Em todo o período da República Oligárquica não existiu um Ministério da Saúde, estando a saúde pública sob os cuidados do Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. “A saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social” (Paim, 2009, p. 29).

Deve-se registrar que a experiência da Revolta da Vacina, apesar de seus excessos (de ambos os lados), demonstrou que o diálogo do Estado com a sociedade é fundamental para o sucesso das ações de saúde. E que esta deve ser informada e participar do processo de construção do direito à saúde.

Com essas medidas, entre outras, nos primeiros anos da República iniciaram-se movimentos de educação na área da saúde, com foco nas doenças infectocontagiosas. No entanto, grande parte dos(as) brasileiros(as) era analfabeta, não tendo instrução para as leituras dos panfletos educativos. Foram, então, criados cursos para a formação de enfermeiras, com o objetivo de capacitá-las para ensinar aos(as) moradores(as) as regras básicas de higiene. Os(As) mais ricos(as), em casos graves, deslocavam-se para a Europa em busca de bons atendimentos, enquanto os pobres ficavam à mercê dos(as) curandeiros(as) (Bertolli Filho, 2008; Risi Junior *et al.*, 2002).

Entretanto, a saúde somente começou a ser preocupação para o governo do Brasil com a implantação da economia exportadora do café, pois se necessitava de melhores condições sanitárias que possibilitassem a atração dos(as) estrangeiros(as) para trabalhar nos cafezais, bem como a preservação dos(as) trabalhadores(as) que já se encontravam aqui estabelecidos(as) (Rezende; Trindade, 2003). As ações desenvolvi-

das na área da saúde eram direcionadas em quase a sua totalidade para o meio urbano, onde existiam os portos, estruturas vitais para economia nacional. O campo ficou ao abandono, somente recebendo atenção quando as questões de saúde pudessem interferir na produção agrícola e nas atividades extrativistas que eram destinadas à exportação (Bertolli Filho, 2008).

Destaca-se que, em virtude do federalismo implantado, alguns Estados-membros, a exemplo de São Paulo, realizaram algumas políticas sanitárias, no entanto, sem a interação com as políticas federais. Entre essas ações estava: a proibição de que os(as) curadores(as) que atendiam à população pobre pudessem continuar a exercer tais atividades, sob pena de aplicação de multa e prisão; somente médicos diplomados poderiam atender a população; a realização de notificação obrigatória dos casos de doenças infectocontagiosas (Bertolli Filho, 2008).

Em 1923, com a Lei Elói Chaves (Decreto n. 4.682 de 1923), foi criado o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), financiadas pela União (que contribuía indiretamente), pelos(as) empregadores(as) (1% de sua receita bruta) e pelos(as) empregados(as) (3% do salário mensal), atendendo segurados(as) ativos, aposentados(as) e pensionistas, inicialmente do setor ferroviário (Decreto-lei n. 4.682 de 1923). Eram oferecidos aos segurados, além da previdência, a assistência médica e medicamentos. Organizados por empresas, tendo seus presidentes indicados pelo Presidente da República, contavam com a participação paritária de empregadores(as) e empregados(as) em sua administração. Um ponto a ser frisado é que até a criação das CAPs não existia nenhuma modalidade de sistema previdenciário no Brasil (Rezende; Trindade, 2003; Castro, 2003; Bertolli Filho, 2008; Raeffray, 2005; Cohn *et al.*, 2010; Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

Esse modelo produziria uma matriz na saúde brasileira:

[...] a concepção de assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente a esfera privada e não pública. Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e mui-

to menos como dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório. (Cohn *et al.*, 2010, p. 15)

Implanta-se, com esse sistema, uma dicotomia na saúde: de um lado, o sistema preventivo, a cargo do Estado; de outro, o sistema “curativo”, tendo por base a compra de serviços privados e prestados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) aos(às) seus(suas) associados(as), composto pelos setores urbanos mais desenvolvidos da economia nacional (Cohn *et al.*, 2010).

Desse modo, percebe-se que o modelo encontra-se na raiz da privatização da assistência médica do país, que, mesmo com o advento do Sistema Único de Saúde, ainda fragiliza a concretização em sua integridade de um sistema público universal.

Este sistema foi substituído mais tarde, por Getúlio Vargas, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), por categorias profissionais, que eram administrados pelo Estado, mas continuando a contar com a contribuição de empregadores(as) e empregados(as) (Rezende; Trindade, 2003; Castro, 2003; Bertolli Filho, 2008; Cohn *et al.*, 2010).

O fim da Primeira República ocorreu devido a um levante revolucionário, que acabou se materializando em “um Golpe Militar dentro de uma Revolução Popular”. Deste modo:

As insatisfações políticas e sociais, capitaneadas por diversos estratos da sociedade, foram utilizadas para dar sustentação ao movimento, sem, no entanto, romper o estamento dominante. Mudou-se e nada foi mudado. Fez-se a revolução antes que o povo a fizesse. As elites fizeram a conciliação quando sentiram a ameaça ao seu *status quo*. (Vieira, 2010, p. 76. Grifo no original.)

Assim, foi desse cenário que o Brasil entrou na “modernidade”, iniciando um processo de reconhecimento de direitos, com base em demandas operárias, mas que eram realizados sob a batuta de um modelo estatal autoritário e centralizador, o qual permitia a participação da coletividade (pelo menos até o Golpe de 1937) nos limites de interesse ao seu projeto de poder.

3.3 O PERÍODO VARGAS: SEGUNDA REPÚBLICA (1930-1937) E TERCEIRA REPÚBLICA – ESTADO NOVO (1937-1945)²⁰

A ruptura de 1930, que levou Getúlio Vargas ao poder, não pode ser vista apenas como um ato isolado dos militares; ela sintetizou todo o acúmulo de frustrações e insatisfações com as oligarquias da Primeira República. O crescimento da classe média e o surgimento do operariado, até então alijados do processo político pelas classes dominantes, criaram um ambiente no qual não se sustentavam as inautênticas eleições e os desmandos praticados pelos grupos oligárquicos dominantes. A derrota de Getúlio Vargas por Júlio Prestes foi o estopim para a eclosão da *Revolução (Golpe) de 1930*. Somam-se a esse quadro a *crise cafeeira* que atingiu profundamente a economia paulista, agravada em virtude do *crack* da Bolsa de Nova Iorque, ocorrido em 1929, e a quebra do acordo *São Paulo/Minas Gerais*, pelo presidente Washington Luís, ao indicar o paulista Júlio Prestes para sua sucessão, na vaga que era dos mineiros, o que os levou a apoiar Getúlio Vargas, pondo fim ao que se denominou República do “*café com leite*” (Mezzaroba, 2003; Vieira, 2010 – grifos nossos).

Segundo Vieira (2010, p. 77),

20 Apesar da opção pela classificação do período como uma das fases da República brasileira, ela é feita sem negar o período ditatorial de Getúlio Vargas, que, mesmo no período que o antecede já governava tendo por referência práticas autoritárias que não preconizavam a livre participação da Sociedade.

[...] entre os revoltosos estava parte das oligarquias que estiveram no poder durante a República Velha. A “Revolução (Golpe)” somente foi realizada quando se esgotaram todas as possibilidades de conciliação com Washington Luís e diante do temor de que o povo a fizesse. Essa ruptura foi momentânea e não representou mudança na elite dirigente, mas apenas a incorporação a esta de setores da burguesia ascendente e das novas oligarquias.

Em seu governo, que durou 15 anos, Vargas teve três períodos: a) governo provisório: de 1930 até 1934; b) governo constitucional: de 1934 até 1937; e, c) ditadura: de 1937 até 1945. Também teve dois textos constitucionais: a) Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1934, promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte; b) Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1937, outorgada por Getúlio Vargas, inspirado no modelo fascista.

Deve ser destacado que, com o fim da República Oligárquica em 1930 e o início do período getulista, ocorre o rompimento com o padrão de dominação liberal e oligárquica então existente (até porque não interessava a Getúlio Vargas que houvesse outras forças políticas que lhe pudessem ser antagônicas), passando-se a planejar e executar ações voltadas para a integração social (Castro, 2003; Vieira, 2010). Entretanto, essas ações eram realizadas como um ato de bondade do governo, o que inclui a legislação trabalhista. Nesse sentido, “o pai dos pobres” “dava” os direitos como forma de refrear e impedir as mobilizações sociais (Bertolli Filho, 2008).

Assim, o Estado comprometeu-se em cuidar da saúde pública, e tal responsabilidade passou da governabilidade dos médicos para políticos e burocratas. A era Vargas trouxe uma significativa diminuição de mortes por doenças epidêmicas, no entanto, as doenças endêmicas, tais como tuberculose e doença de Chagas, se sobressaíram. Nessa época foram criadas políticas trabalhistas e o Ministério do Trabalho, Indústria

e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde Pública²¹ (este em 1930, durante o Governo Provisório). Com a criação de uma nova organização do setor de saúde, houve a centralização e verticalização das ações prestadas (que eram focadas em algumas patologias em detrimento de outras), em contraposição ao modelo descentralizado da Primeira República. As decisões sobre as ações de saúde saíram da esfera médica e passaram para a burocracia governamental, que, na maioria dos casos, tinha pouco conhecimento sobre os problemas de saúde e das ações epidemiológicas a serem executadas. Os que contestassem esse programa higienista do governo eram classificados como “agitadores e comunistas”, o que poderia ensejar a perseguição pelo aparelho repressivo do Estado (Bertolli Filho, 2008; Rezende; Trindade, 2003).

Registra-se que, ainda que sem tratar das questões sociais como caso de polícia, como foi de praxe na Primeira República, não era possível questionar sobre os encaminhamentos tomados nessa área pelo Estado. Assim, “o Estado passa a assumir a questão social como âmbito de intervenção estatal por meio de políticas assistencialistas/previdencialistas” (Correia, 2000, p. 29).

Para Correia (2000, p. 29),

Com a gradativa mudança do modelo agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava evitar as endemias, mas a recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação do capital. Assim, o sanitarismo campanhista foi substituído por políticas previdencialistas estendidas às categorias de trabalho com maior grau de importância para a produção.

21 Em 1937, ele foi transformado em Ministério de Educação e Saúde, pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.

O modelo de prestação de serviços de saúde tinha por base os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), estruturados de acordo com a atividade econômica e sob o manto do aparelho burocrático do governo. Tal modelo se caracterizava como “medicina previdenciária” (Paim, 2009; Raeffray, 2005; Fonseca, 2007). Portanto, existia uma separação entre a medicina previdenciária (prestada pelos IAPs) e as políticas de saúde do(a) trabalhador(a), em relação às ações de saúde pública, o que se consubstanciava em distinção artificial entre ações de cura e de prevenção (Paim, 2009). Enquanto aos IAPs cabia a assistência ao(à) trabalhador(a) assalariado(a) urbano, aos outros (na qualidade de pré-cidadãos(ãs), que não pudessem pagar por uma saúde privada, a responsabilidade cabia ao Ministério de Educação e Saúde (Lima; Fonseca; Hochman, 2005; Fonseca, 2007).

Segundo Cohn *et al.* (2010, p. 16),

A estrutura dos IAPs, convivendo ainda por décadas com a estrutura das CAPs remanescentes em várias empresas, permanece até 1966, quando então é unificado todo o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. No entanto, acompanhando as profundas transformações da sociedade brasileira nesse período, sobretudo os processos de acelerada industrialização e urbanização, os serviços previdenciários de saúde vão progressivamente sendo pressionados pela demanda dos trabalhadores assalariados urbanos, sem outro serviço médico alternativo, quer estatal, quer privado, à exceção de uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e de uma rarefeita rede pública hospitalar, ambulatorial e de atenção primária.

Portanto, somente teria acesso à saúde aqueles(as) que possuíssem vínculo trabalhista, o que deixava grande parte da população sujeita apenas à caridade, que recebiam a nomenclatura de indigente pela administração dos hospitais filantrópicos (Bertolli Filho, 2008). Desse modo, esse modelo possuía um caráter não universal e assistencialista

de seguro social, que possuía um público-alvo de sua atuação: os(as) trabalhadores(as) assalariados(as) urbanos(as).

Nesse sentido, afirma Fonseca (2007, p. 55) que:

[...] o modelo de atenção à saúde construído a partir da década de 1930 formalizou também a separação entre as noções de direito à saúde e seu usufruto. Neste campo a concepção da política social como outorga talvez tenha se dado de forma mais acentuada do que em outras esferas sociais. Na realidade, a noção de direito não parece estar embutida no usufruto deste bem coletivo – por quê? Por um lado porque – de acordo com a noção de cidadania regulada – a ideia de direito à saúde não era um bem inerente a qualquer cidadão. Ao distinguir, ente a população, os cidadãos e os pré-cidadãos, aqueles que têm e os que não têm direito ao sistema previdenciário, e imprimir tal orientação à política social por meio da divisão entre os dois ministérios [Trabalho, Indústria e Comércio e Educação e Saúde], o Estado não identifica os serviços prestados no âmbito da saúde pública como um direito. Este, enquanto tal, era reservado apenas aos cidadãos empregados no mercado formal de trabalho.

Refletindo esse novo cenário, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934 deu às questões referentes à saúde tratamento mais significativo do que as anteriores, dedicando-lhe espaço em seu Título IV – Da ordem econômica e social, conforme segue: a proteção social do trabalhador (art. 121, § 1º, “h”); e, a incumbência da União, Estados e Municípios na prevenção de doenças, na redução da mortalidade e morbidade infantis, além de cuidar da “*hygiene mental e incentivar a lucta contra os venenos sociaes*”²² (art. 138, “f” e “g”) (Brasil, 1934).

22 “higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.” Tradução livre do autor.

Entretanto, esse texto constitucional teria a vida mais curta da história constitucional brasileira, pois, em 1937, procurando centralizar ainda mais o poder político, Getúlio Vargas dá um Golpe de Estado. O golpe que implantou a ditadura nua e crua, sem aparências, contou com a participação fundamental das Forças Armadas, as quais o gestaram e apresentaram a justificativa para a sua concretização²³.

Fruto dessa nova realidade, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937, expressão do autoritarismo varguista, representou o impedimento a qualquer forma de organização social que não estivesse sob o manto do Estado Novo (nome atribuído ao período autoritário de Vargas, de 1937-1945). Esse novo arcabouço jurídico se inseria no contexto do modelo de capitalismo industrial que se desenvolvia no Brasil.

O texto outorgado por Vargas, sem qualquer participação direta ou indireta do povo em sua elaboração, sobre a temática saúde, trazia em seu bojo as seguintes prescrições: a competência da União em legislar na defesa e proteção da saúde (art. 16, XXVII); a competência residual dos Estados em legislar sobre assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais (art. 17, “c”); além de medidas de proteção ao trabalho (art. 137, “k”, “l” e “m”) (Brasil, 1937).

Com base nessa estrutura autoritária se consolida um aparelho trabalhista oficial, que tem seu suporte na unicidade e na contribuição sindical obrigatória. É realizada também a consolidação da legislação previdenciária e trabalhista. Em 1943, foi editada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio do Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943.

Ainda merece destaque a Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, editada durante o governo constitucional de Getúlio Vargas, que criou

23 Haveria um suposto plano dos comunistas para tomar o poder no país, denominado de Plano Cohen. Esse plano foi elaborado como exercício de guerra pelo Capitão Olímpio Mourão, que trabalhava no Estado-maior das forças armadas (Chacon, 1985).

em seu artigo 90 as Conferências Nacionais de Saúde, as quais seriam realizadas a cada dois anos. O texto não fez previsão da participação da Sociedade nos trabalhos das conferências, que tinham por escopo orientar o governo nas ações a serem desenvolvidas no âmbito da saúde e o entendimento entre o Ministério da Educação e Saúde e governos estaduais (Brasil, 1937).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, durante o período ditatorial do governo de Getúlio Vargas, com a participação apenas de técnicos(as) do Governo e seus(suas) convidados(as), tendo tratado dos seguintes assuntos:

[...] organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a lepra, ao desenvolvimento de serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil. (Rezende; Trindade, 2003, p. 21)

Destaca-se ainda no período Vargas os seguintes ordenamentos infraconstitucionais: o Decreto n. 20.465, de 1º de outubro de 1931, que reformulou a legislação de *Caixa de Aposentadoria e Pensões*; o Decreto n. 21.081, de 24 de fevereiro de 1932, que reformulou diversos artigos do decreto anterior; o Decreto n. 22.872, de 29 de junho de 1933, que criou o *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos*; o Decreto n. 24.274, de 22 de maio de 1934, que criou a *Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns*; o Decreto n. 24.615, de 8 de junho de 1934, que criou o *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários*; a Lei n. 159, de 30 de dezembro de 1935, que regulamentou a contribuição para os IAPs; a Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que instituiu a *Conferência Nacional de Saúde*; a Lei n. 380, de 16 de janeiro de 1937, que alterava o nome da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café para *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte de Cargas*; o Decreto-lei n. 288, de 23 de fevereiro de 1938, que criou o

Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE); o Decreto-lei n. 2.122, de 9 de abril de 1940, que criou o *Instituto de Previdência e Assistência dos Comerciantes*; e o Decreto-Lei n. 7.526, de 7 de maio de 1945, que instituiu a *Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil* (Rezende; Trindade, 2003, p. 17-22).

Não se pode negar a contribuição do arcabouço institucional do governo Vargas para a construção do modelo de saúde pública brasileira. Entretanto, esse modelo reforçou a ideia de um sistema de saúde seletivo e contributivo, ao excluir grandes parcelas da população brasileira dos serviços de saúde. Aduz Fonseca (2007, p. 262) sobre as políticas de saúde do período Vargas, as quais foram planejadas e executadas dentro de um perfil “centralizado, paternalizado, desvinculado da noção de direito social e, portanto, sem designação formal de quem deveria assegurá-lo [...]”. Tinham em sua concepção uma noção de saúde na qualidade de concessão feita pelo Estado, sem que houvesse o estabelecimento de seu fornecimento como direito de cidadania e obrigação estatal (Fonseca, 2007).

Para Delgado (1994, p. 118), o período Vargas, compreendidas as fases do Governo Provisório, Republicano Constitucional e Estado Novo (Ditatorial), foi um

[...] movimento político [...] que se legitimou em uma primeira fase aos olhos da opinião pública através de um discurso salvacionista e liberal-democrático acabou por não romper com a face autoritária, já tradicional ao cotidiano político brasileiro, mas sim por reeditá-la sob novos termos. Do autoritarismo liberal da República Velha passou-se ao autoritarismo corporativista e populista, permeado por um paternalismo estatal.

Portanto, o longo governo Vargas, que se iniciou por um racha das oligarquias e pela ação militar, restou marcado pela conciliação, pelo centralismo e pela aversão à democracia, inclusive aquela exercida pelos partidos políticos. Os anseios de mudança em relação à Primeira Re-

pública foram apenas aparentes; o novo governo realizou a conciliação com os antigos representantes oligárquicos, agindo de acordo com os objetivos do capitalismo industrial.

3.4 QUARTA REPÚBLICA: DO FIM DO VARGUISMO (1945) AO GOLPE MILITAR (1964)

A deposição de Getúlio não alterou as estruturas socioeconômicas, não tocando na propriedade dos bens de produção e nem mexendo no poder das oligarquias (Soares, 1981, p. 7). “A insatisfação de grande parte do estamento dominante não se deu contra Getúlio, **mas na abertura política conduzida com ele no poder**” (Vieira, 2010, p. 85 – *grifo no original*).

Preceitua Haguete (1994, p. 71) que

[...] a redemocratização de 1945 trouxe o liberalismo político, enquanto preservava o corporativismo das organizações sindicais, o que combinava muito bem com o propósito de controlar o direito de associação dos trabalhadores, visto como uma ameaça comunista.

Findo o Estado Novo em 1945, o Brasil almejava um novo ordenamento constitucional, que pudesse suprimir o autoritarismo herdado da ditadura varguista – consubstanciado na Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937 e nas normas infraconstitucionais –, o qual se cristalizou na Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946. No que concerne à saúde, veio a estabelecer a competência da União em legislar sobre a matéria (art. 5º, XV, “b”), sem, no entanto, excluir a competência supletiva dos Estados (art. 6º); manteve também os principais dispositivos preceituados pelas constituições varguistas sobre a elaboração de normas do trabalho (art. 157, VIII, IX e XV) que possibilitassem a melhoria das condições de vida do(a) trabalhador(a) (Brasil, 1946).

Apesar de representar o espírito democratizante que tomava conta do país, não trouxe nenhum dispositivo que possibilitasse a participação da Sociedade na definição das políticas sociais, nas quais se insere a saúde. É importante destacar que mesmo com a Constituição da Organização Mundial da Saúde e a Declaração Universal dos Direitos Humanos tendo ampliado o conceito de saúde e o entenderem como um direito à cidadania, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946 e a legislação infraconstitucional não tiveram o condão de reconhecer a saúde como um direito humano fundamental e a necessidade da participação da Sociedade na sua construção e execução.

Entretanto, mesmo estando sob o chamado “otimismo sanitário” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005), continuou-se a centrar o sistema de saúde no modelo contributivo e seletivo. Os(As) administradores(as) dos institutos, ao invés de investir em serviços próprios, ampliando a rede de atendimento, optaram por adquirir os serviços médico-hospitais por intermédio do setor privado, que iniciava o desenvolvimento de uma medicina de caráter empresarial e tecnológica, a qual viria a substituir a medicina liberal como modelo hegemônico. Esse modelo de privatização dos serviços de saúde foi aprofundado no regime militar, em prejuízo do setor público (Paim, 2009).

Com as mudanças na legislação infraconstitucional (Decreto n. 35.448, de 1º de maio de 1954, que expediu o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e consolidou um conjunto de mudanças que já vinham sendo feitas pontualmente com a redemocratização do país) em razão das disparidades normativas que havia entre os diversos institutos (Mercadante *et al.*, 2002; Oliveira; Teixeira, 1989). Por outro lado, a ampliação dos atendimentos feitos pelos institutos levou à precarização do sistema de saúde previdenciário (Bertolli Filho, 2008).

Nessa época, consolidou-se o que foi denominado “sanitarismo desenvolvimentista”, que tem por base a vinculação da dicotomia saúde/doença aos problemas de desenvolvimento e a pobreza e os reflexos dessa realidade nos processos de transformação das questões sociais e políticas do país (Lima; Fonseca; Hochman, 2005); “[...] esse ‘novo sa-

nitismo' integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960" (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p. 49).

O ápice desse modelo ocorreu durante a segunda metade da década de 1950, o que alargou o fosso entre as medidas preventivas e curativas e entre serviços públicos e privados de saúde (Cohn *et al.*, 2010). Ressalta-se que esse período foi marcado por contradições, pois ao mesmo tempo em que se tinha um forte nacionalismo, o país abria-se ao capital estrangeiro e à modernização econômica e de suas instituições executadas sob a batuta do Estado.

É importante destacar o Decreto n. 27.664, de 30 de dezembro de 1949, que instituiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), que representou uma inovação em relação aos modelos de atendimentos então existentes. Mercadante *et al.* (2002) ressalta três características do SAMDU:

[...] o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

Mesmo com a criação de um Ministério exclusivo para a saúde, com a Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953 (durante o governo democrático de Getúlio Vargas e após sete anos de debates), a condição dos serviços para ela e a cobertura não conseguiam responder às necessidades da população. Tal situação era agravada pelo clientelismo político, pelo volume irrisório das verbas destinadas a essa área e por dificuldades operacionais que impediam o Ministério da Saúde de tomar medidas eficazes na resolução dos problemas existentes. No meio rural (desatendido pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões) a situação era ainda mais grave, onde doenças como a malária, o tracoma, a doença de chagas e a esquistossomose ceifavam vidas. As ações na área rural foram realizadas pelo Ministério da Saúde, focando principalmente nos

locais que interessavam economicamente ao sistema produtivo capitalista, com destaque nas regiões de exploração da borracha e o Vale do Rio Doce. Em 1956 seria criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Bertolli Filho, 2008; Rezende; Trindade, 2003; Lima; Fonseca; Hochman, 2005).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1950, pautando suas discussões por uma “maior equidade na resolução dos problemas de saúde no Brasil”, tendo mais caráter de um encontro técnico dos gestores do Ministério da Saúde e dos Estados, do que um espaço de construção de políticas de saúde com a participação da Sociedade (que não foi convidada a participar da Conferência) (Rezende; Trindade, 2003).

Com a edição da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, que estipulou a universalização dos benefícios oferecidos pelos IAPs, a Previdência Social ficou obrigada a prestar a assistência médica individual aos(às) seus(suas) segurados(as) e aos(às) seus(suas) dependentes (Brasil, 1960). Essa lei acabou sendo

[...] um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformiza os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos. (Mercadante *et al.*, 2002, p. 238)

Treze anos após a realização da 2ª Conferência, foi realizada a 3ª Conferência de Saúde (entre 9 e 15 de dezembro de 1963), no governo João Goulart e sob os efeitos das lutas pela implementação de reformas sociais, denominadas reformas de base. Ela teve como enfoque a descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Também foi elaborado um perfil sanitário brasileiro. Entretanto, deve-se registrar que não foi oportunizada à Sociedade e aos(às) trabalhadores(as) da saúde a participação na Conferência (Rezende; Trindade, 2003; Lima; Fonseca; Hochman, 2005).

No período que antecede ao golpe de 1964, consolida-se o esgotamento da matriz populista surgida com Getúlio Vargas e que foi a marca de toda a Quarta República, o que apressa “o impasse entre as necessidades políticas de atendimento das demandas colocadas pelos trabalhadores, e a impossibilidade de contemplá-las nos marcos do modelo de acumulação capitalista adotado” (Oliveira; Teixeira, 1989, p. 195). A ruptura de 1964 foi apenas a concretização de um processo gestado por setores conservadores nacionais, em conjunto com o estamento militar, desde a redemocratização do Brasil.

3.5 QUINTA REPÚBLICA: O REGIME DE EXCEÇÃO

Apesar dos avanços propostos pela 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, o seu conteúdo não logrou êxito de efetivação, em razão do Golpe de 1964, o qual implantou a ditadura militar no país (Lima; Fonseca; Hochman, 2005).

De forma recorrente, a ruptura foi o caminho utilizado pelas forças conservadoras para a manutenção da estrutura social vigente. Os militares, atribuindo a si mesmos a qualidade de guardiães da nação, tendo o apoio de setores reacionários das oligarquias civis, romperam, em 31 de março de 1964, com a ordem constitucional. Portanto, apesar das dificuldades e suas contradições, a Quarta República e a sua incipiente experiência democrática chegava ao fim antes que houvesse a maturação necessária para que ocorresse a sua consolidação.

Segundo Oliveira e Teixeira (1989, p. 196),

O golpe militar de 1964, apoiado pelas classes médias urbanas, representou uma rearticulação da burguesia em torno do restabelecimento do padrão de dominação burguês, incluindo, sem exceção, todas as classes proprietárias – da indústria, comércio e finanças, progressistas e reacionárias, da pequena e média empresa ao monopólio, do capital nacional às multinacionais. É da natureza desta coalizão que decorrem as características do re-

gime instalado, que são o autoritarismo, com o fechamento de todos os canais de participação aos trabalhadores, e a suposta depuração nas instituições existentes do seu caráter político, em nome de uma racionalidade técnica e administrativa.

A exposição de motivos do Ato Institucional 1 resumia o pensamento militar:

A revolução vitoriosa se investe no exercício do Poder Constituinte. Este se manifesta pela eleição popular ou pela revolução. Esta é a forma mais expressiva e mais radical do Poder Constituinte. Assim, a revolução vitoriosa, como o Poder Constituinte, se legitima por si mesma. Ela destitui o governo anterior e tem a capacidade de constituir o novo governo. Nela se contém a força normativa, inerente ao Poder Constituinte. (Brasil, 1964)

Por conseguinte, a ditadura dos quartéis avocava para si a legitimidade de uma revolução, capaz de construir nova ordem constitucional. Durante mais de 20 anos, o país conviveria com a ausência da democracia, inclusive em seu sentido clássico, tendo em vista que a aparente democracia eleitoral que seria construída tinha apenas o objetivo de dar legitimidade ao regime implantado. A possibilidade de organização da Sociedade foi suprimida. A repressão foi institucionalizada. A tortura virou um instrumento de exercício do poder.

Nesse contexto, os(as) golpistas cassaram o mandato e os direitos políticos de inúmeros cidadãos(ãs) por mais dez anos. Ser contrário ao regime era o suficiente para se declarar inimigo(a) do governo golpista e, assim, passível de ser atingido pelo Estado autoritário. Ao todo, “4.682 pessoas” tiveram seus direitos políticos cassados; entre elas havia “1.261 militares, 500 legisladores eleitos, 300 professores, 50 chefes de executivo, três ex-presidentes da República”, além de diversos profissionais liberais, estudantes e operários (Chacon, 1985, p. 189). A oposição que surgiria nascia desfalcada de grande parte de seus quadros.

Deve-se registrar que, inicialmente, o estamento militar tentou conviver com os partidos políticos da Quarta República, apesar de utilizar-se casuisticamente da manipulação eleitoral, por meio da legislação. Entretanto, os resultados eleitorais para as eleições dos governos estaduais fizeram com que o estamento dominante extinguisse todos os partidos políticos, mas permitia-se a criação de novas agremiações, dentro de uma legislação tão regida, que a oposição somente conseguiria constituir-se enquanto partido político, pela ação do próprio governo. A ditadura precisava institucionalmente de pelo menos um partido político para legitimar as eleições que seriam realizadas. Nasceram a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) (Mezzaroba, 2003; Vieira, 2010; Fleischer, 1981; Brasil. Ato Institucional n. 2, de 27 de outubro de 1965). “A primeira, como autêntica representante das elites que tomaram de assalto a estrutura do Estado brasileiro, em 1964. O outro, uma oposição consentida, fadada a nunca vencer [...]” (Vieira, 2010).

As tentativas de organização da Sociedade, na luta pela democracia e por direitos, foram violentamente reprimidas. Assim, tendo em vista a contestação ao regime, efetuada pelo partido de oposição e pelas entidades da Sociedade, mediante greves e passeatas, da qual se destaca a passeata dos cem mil, ocorrida em 1968 no Rio de Janeiro, há um endurecimento da ditadura instaurada, o que se concretiza com o Ato Institucional n° 5 e o Decreto-lei n° 898, Lei de Segurança Nacional, que incorporou a Doutrina de Segurança Nacional, que vinha sendo construída há vários anos dentro dos quartéis (Vieira, 2010).

A concepção dessa doutrina foi elaborada na Escola Superior de Guerra, contou com o apoio de instituições civis na sua formulação, como o Instituto Brasileiro de Ação Democrática (Ibad) e o Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (Ipes). Tinha como ponto central o binômio segurança/desenvolvimento, sendo que este último (no molde capitalista) somente foi efetivado por meio da segurança interna. A segurança interna estava voltada contra o inimigo interno, ou seja, objetivava exterminar aqueles(as) identificados(as) como subversivos(as) ao regime.

Ela foi concretizada pelo aparato repressivo criado com o Golpe de 1964 e normatizada pelos atos institucionais (Wolkmer, 2003b; Alves, 1987; Camargo, 2005).

Em seu preâmbulo do AI-5, o governo militar afirmava que

[...] a Revolução brasileira de 31 de março de 1964 teve, conforme decorre dos atos com os quais se institucionalizou, fundamentos e propósitos que visavam a dar ao país um regime que, atendendo às exigências de um sistema jurídico político, assegurasse autêntica ordem democrática, baseada na liberdade, no respeito à dignidade da pessoa humana, no combate à subversão e às ideologias contrárias às tradições de nosso povo [...]. (Brasil, 1968)

“O regime perdia a máscara de sua aparente legalidade e entrava em sua fase de terror. Suspendia-se o uso do *habeas corpus* e poderes ilimitados eram dados ao chefe do Executivo nacional” (Vieira, 2010, p. 94). A vontade institucional dos “*donos do poder*” era a lei. Os procedimentos clássicos de elaboração das leis pelo Poder Legislativo eram mera formalidade que, quando fosse conveniente, seria feito uso. Nesse sentido, nem as garantias históricas da burguesia contra o absolutismo, consubstanciadas no Estado de Direito, eram reconhecidas. Assim, falar em organização popular da Sociedade e luta por direitos, em que se inclui a saúde, era um crime político.

Com vistas a legitimar o regime, foi confeccionada e formalmente promulgada (entretanto possuía um caráter de outorgada ou semioutorgada pela sua imposição realizada pelo regime militar em um período de perseguição da oposição política) a Constituição da República Federativa do Brasil de 1967, que deu à saúde o seguinte tratamento: a competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde e de forma supletiva pelos Estados (art. 8º, XIV, “c” e parágrafo 2); a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores (art. 158, IX, X e XV) (Brasil, 1967).

Entretanto, a íntegra da Constituição de 1967 somente perduraria por dois anos. No ano de 1969, em virtude das grandes mobilizações sociais que contestavam o regime, os militares das Forças Armadas outorgaram a Emenda Constitucional n. 1, que praticamente reescreveu uma nova Carta Constitucional para o país. No que concerne à saúde, poucas alterações foram realizadas. Destaca-se apenas no seu artigo 25, § 4º, a obrigatoriedade de aplicação pelos municípios de 6% das transferências constitucionais do fundo de participação dos municípios em atendimento à saúde (Brasil, 1969).

Com o novo regime, ocorreu a unificação institucional da política social em saúde, consolidado na criação pelo Decreto-lei n. 72 de 1966 do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), que tinha como uma de suas responsabilidades a correção dos inconvenientes dos atuais sistemas, os quais possuíam baixa remuneração pelos serviços de saúde prestados, sem, no entanto, aumentar a verba destinada à saúde pública, passando o Ministério da Saúde a entender a saúde focalizada no individual e não no coletivo. Ocorre um esvaziamento das competências do Ministério, inclusive com uma diminuição de suas verbas que se estendeu até o final da ditadura militar (Bertolli Filho, 2008; Rezende; Trindade, 2003; Castro, 2003; Brasil, 1966).

Esse modelo de previdência social, que tem sua origem na trajetória dos Caixa de Aposentadorias e Pensões e Institutos de Aposentadoria e Pensões, consolida um modelo que

[...] converteu-se num mecanismo de captação de recursos dos trabalhadores – sob a forma de poupança forçada, representada pela alíquota de contribuição – para investimos sobre os quais não tinham qualquer controle, o que demonstra a vulnerabilidade do seguro social de segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes. (Cohn, 1996, p. 17)

Segundo Castro (2003, p. 384-385), a “unificação institucional não é sinônimo de universalização. [...] A universalização não ocorreu porque a atuação de grupos privados na área da saúde expandiu-se significativamente no período do regime militar”.

Desse modo, ocorreu nas décadas de 1960 e 1970 a privatização da prestação de serviços em saúde pelo Estado, mediante o repasse das verbas públicas do sistema para grupos privados. Como resultado dessa ação privatista, a partir de 1970 surge a medicina de grupo, pelo acordo de grandes empresas com grupos de médicos, com vistas a substituir os atendimentos do INPS (Bertolli Filho, 2008; Oliveira; Teixeira, 1989).

Nesse contexto, foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde, entre 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, e teve como eixo central: “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”. A Conferência teve um perfil técnico e entre suas conclusões encontrava-se a falta de uma formação dos(as) profissionais de saúde que estivesse voltada a pensar soluções para os problemas de saúde do país (Escorel; Bloch, 2005; Rezende; Trindade, 2003; Castro, 2003).

Na década de 1970, com o crescimento econômico devido ao capital estrangeiro, a classe média passou a procurar planos de saúde particulares, cujas mensalidades eram inacessíveis à maior parte da população. Com isso, cresceu o número de hospitais e clínicas particulares. Em 1971, foi criada a Central de Medicamentos (Ceme), para produzir e distribuir os medicamentos para a população de baixa renda, mas foi incapaz de concorrer com os laboratórios particulares e grupos farmacêuticos multinacionais. Ainda, no mesmo ano, criou-se o Programa de Assistência ao Trabalho Rural (Funrural), que teve por objetivo, estender ao campo os direitos previdenciários que já eram concedidos(as) aos(as) trabalhadores(as) urbanos(as) (Bertolli Filho, 2008).

No ano de 1975, é realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi apresentado um estudo realizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que apontava que somente na esfera federal havia 71 órgãos que executavam atividades de saúde, não

incluindo aqueles existentes nas esferas estadual, distrital e municipal, o que demonstrava o tamanho da complexidade que havia para a construção de um Sistema Único de Saúde, público e universal (Paim, 2009). Segundo Paim (2009, p. 38-38), esse estudo aponta seis características do sistema de saúde então vigentes: “insuficiente; mal distribuído; desordenado; inadequado; insuficiente; ineficaz”. O autor aponta mais quatro características desse não sistema de saúde: “autoritário; centralizado; corrupto e injusto”.

Com advento da Lei n. 6.229, de 1975, restou criado o Sistema Nacional de Saúde e definiu-se a competência de seus órgãos, que era integrado pelos sistemas de serviços público e privado. Também em 1975, por meio da Lei n. 6.259, houve a organização do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que foi dissociado na vigilância sanitária. Já em 1976, foi criado o Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS), que era uma proposta a ser aplicação na atenção primária em saúde, dentro dos parâmetros da hierarquização, descentralização e universalidade. Foram desenvolvidos apenas alguns projetos pilotos, como em Montes Claros/MG, alcançando bons resultados, sem, no entanto, ser estendido para o restante do país (Rezende; Trindade, 2003; Brasil, 2001a).

Em 1977, foi criado pela Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), composto das seguintes entidades e respectivas atribuições: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – realizar a manutenção e o pagamento de benefícios, incluídas as do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase) e do Funrural; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – deveria prestar a assistência médica, aos vinculados ao sistema; a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – tinha a responsabilidade da assistência social à população carente; a Fundação do Bem-Estar do Menor (Funabem) – cabia-lhe a execução da política nacional do bem-estar do menor; a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) – tinha por atribuições a análise e a programação dos sistemas de infor-

mação das entidades que compunham o Sinpas; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) – tinha por competência a arrecadação, fiscalização e cobranças das contribuições previdenciárias e demais recursos que eram destinados ao sistema, também fazendo a redistribuição destes valores entre as entidades do Sinpas (Brasil, 1977).

A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social teve por objetivo dividir em órgãos/entidades diferentes as competências referentes à prestação de benefícios previdenciários e à prestação de serviços médicos. Para tanto, reforça e amplia o volume de recursos para a assistência médica previdenciária, dentro da lógica de compra de serviços privado, aumentando o destino de recursos públicos ao setor privado, que caracteriza a privatização desse setor, nas áreas mais lucrativas ao mercado capitalista. Esse modelo amplia uma prestação de saúde individualizada dentro do complexo médico-hospitalar. Ademais, o aumento dos recursos e a ampliação do atendimento (mesmo que pela compra de serviços privados) são executados como instrumento de legitimação política (Cohn, 1996; Costa; Rozenfeld, 2006). Prescreve Cohn (1996, p. 23) que

[...] se reafirma o sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública.

Na mesma linha, aduz Raeffray (2005, p. 232) que

[...] a maior parcela dos gastos do setor saúde era alocada para o setor privado e a Previdência Social, maior financiadora da medicina curativa, dispendia mais de 80% de seus recursos em convênios com hospitais de fins lucrativos. Essa política impossibilitava a adequada distribuição dos serviços de saúde, beneficiando,

ao contrário, as multinacionais responsáveis pelos medicamentos e equipamentos, os donos das casas de saúde e os médicos não assalariados – remunerados pelos serviços prestados.

Esse modelo ainda agrega o setor de saúde complementar, que recebeu um impulso muito forte durante o regime militar (Nunes, 2012).

No decorrer de toda a década de 1970 e se estendendo até a de 1980, o país foi assolado, em razão dos poucos recursos para a saúde coletiva e a destinação preponderante dos recursos públicos para o setor privado, por doenças epidêmicas como a dengue, a meningite e a malária. Tal realidade não era retratada para a população, em razão da censura realizada aos meios de comunicação, o que causava também prejuízo para as ações de prevenção (Bertolli Filho, 2008).

Ao final da década de 1980, a população estava insatisfeita com o regime ditatorial e o país alcançou um descontrole inflacionário, o que levou a queda do regime militar e a uma conseqüente abertura política (Bertolli Filho, 2008). Essa crise econômica acabou tendo um duplo efeito na área da saúde:

Por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde. (Mercadante *et al.*, 2002, p. 246)

A 6ª Conferência Nacional de Saúde, tendo por objetivo complementar os debates da anterior, veio a realizar-se entre 1 a 5 de agosto de 1977, tendo como objetivo central as discussões acerca da institucionalização do Sistema Nacional de Saúde. Segundo Cordeiro (2004, p. 345):

A VI Conferência Nacional de Saúde buscou legitimar a concepção sistêmica na saúde, evitando reconhecer e estabelecer prioridades. O conflito fez-se presente durante a própria Conferência,

na qual documento alternativo produzido com a colaboração de professores do Instituto de Medicina Social foi recolhido pelo Ministério da Saúde – que impediu sua divulgação –, pois só deveria existir um único documento, isto é, o do próprio ministério.

Já a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 24 a 28 de março de 1980, debateu a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), tendo como referencial os resultados da Conferência Internacional de Alma-Ata (Rezende; Trindade, 2003).

Entretanto, deve-se registrar que nenhuma das conferências nacionais de saúde realizadas durante o regime militar, bem como as anteriores à ditadura, teve a participação da Sociedade em seus debates que tinham por objetivo a formulação das políticas de saúde. Tal concepção vinculou-se ao modelo representativo e monista, que não enxerga a Sociedade como formuladora do direito e lhe nega a capacidade política. Somente com a 8ª Conferência de Saúde, inserida no contexto do processo de redemocratização no país, que tal realidade foi alterada e sob a qual nos deteremos na próxima seção.

Por outro lado, destaca-se que no último governo do regime militar, e já sob a pressão do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), foram implantados: o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais); as Ações Integradas de Saúde (AIS) – que veio a estimular a criação de comissões interinstitucionais de saúde; e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estado (Suds).


O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estado, que influenciaria a formação do SUS, tendo por referência os princípios debatidos nos fóruns da Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, se propunha

[...] superar o modelo vigente de organização das ações e dos serviços de saúde. Buscaram-se formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, por meio de gestão colegia-

da entre as instituições direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com os seus recursos e suas atividades de governo. Adotaram-se diretrizes como a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde especializados e a implementação dos distritos sanitários. (Rezende; Trindade, 2003, p. 37. Grifo no original.)

Nesse sentido, o fato marcante e que influenciaria no modelo de saúde pública então existente foi o movimento da reforma sanitária (Castro, 2003; Rezende; Trindade 2003; Mercadante *et al.*, 2002; Cordeiro, 2004), que construiu uma proposta de saúde pública que contemplasse a universalidade do sistema. Esse movimento originou-se na busca de uma efetiva participação política nas decisões sobre os rumos a serem trilhados na perspectiva de obter maior justiça social, o que ocorreu no país, a partir de meados da década de 1970 do século XX.

Desse modo, com o fim do regime militar e a abertura política realizada, a sociedade brasileira rompeu as amarras impostas pela ditadura e organizou-se objetivando a elaboração de um texto constitucional democrático que viesse a consolidar em seu bojo as demandas sociais há muito tempo represadas.



O DIREITO À SAÚDE NA CRFB DE 1988: O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A contextualização do processo histórico da saúde e do direito à saúde no Brasil, deixou claro que não podemos falar da existência de um sistema público de saúde de caráter universal e fundamentado na participação democrática, antes do advento do processo de redemocratização do país, realizado após uma ditadura militar violenta e autoritária. Assim, o surgimento do direito à saúde une-se à organização da Sociedade pelo fim do regime de exceção e pela construção de um novo paradigma jurídico e político constitucional para o Brasil.

Para tanto, no que tange à saúde, precisa-se romper com o modelo privatista, baseado no seguro social e fundado na contribuição previdenciária, que deixava milhões de brasileiros(as) sem qualquer atenção à saúde, salvo na qualidade de um ato de caridade. Portanto, ao invés de direito à saúde, para a maioria da população brasileira havia um tratamento de indigência.

Por conseguinte, romper com esse paradigma e construir um novo modelo baseado nos pressupostos dos direitos humanos fazia-se necessário. Precisava-se criar um modelo de saúde com base nos princípios da seguridade social e foi que a Sociedade brasileira fez no curso do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e na concretização da Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Baptista (2007, p. 45), nesse processo de reconstrução da cidadania de forma geral procurava-se romper com

[...] uma cultura política de Estado enfaticamente concentradora do poder decisório nas mãos de uma parcela pequena da sociedade (poder oligárquico), ou dos recursos produzidos no âmbito do Estado, mantendo um grande fosso entre grupos sociais e regiões, reproduzindo, dessa forma, uma situação de desigualdade. Assim, o processo político também estava comprometido em uma rede imbricada de poder instituído na burocracia estatal, na organização política e partidária e na cultura social.

Desse modo, a concepção de saúde pública, construída pela RSB e consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, serviu de texto base para o capítulo saúde elaborado pelo Congresso Constituinte de 1987/1988²⁴, e restou inserida na CRFB/1988 (Gerschman, 2004; Rodriguez Neto, 2003). Portanto, para além do monismo jurídico, foi a Sociedade, no contexto de um processo de pluralidade jurídica, que construiu o SUS.

Para Verdi e Coelho (2005, p. 54):

O Projeto da Reforma Sanitária Brasileira buscou introduzir mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo. A utilização da VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Dotada de grande representatividade social, mesmo na presença dos prestadores de serviços privados de saúde, a VIII CNS passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do Movimento Sanitário, agora acrescido de novos integrantes e parceiros.

24 Para fins desta pesquisa, será considerado Congresso Constituinte, tendo em vista não ter havido a convocação exclusiva de uma Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da CRFB/1988, mas sim a concessão de poderes constituintes para o Congresso Nacional.

Deve-se destacar que, no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, constou como um dos princípios para um sistema público de saúde a necessidade da existência da “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” (Brasil, 1986, p. 10).

De acordo com Costa (2004), a CRFB/1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), formando uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com uma única gestão em cada esfera do governo em nível Federal, Estadual, Distrital e Municipal e sob o controle dos usuários (controle social).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2009, p. 532),

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como um direito de cidadania, e dever do Estado, e que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde.

A CRFB/1988 é um marco no avanço democrático nacional. Pela primeira vez, uma Constituição garante que a saúde é um direito fundamental, e para sua concretização são necessárias políticas públicas. No artigo 6º da CRFB/1988 estão elencados os direitos sociais básicos, nos quais se destacada a saúde. O artigo 194 dispõe sobre a seguridade social e estabelece um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade, com vistas a garantir os direitos relacionados à saúde, à previdência social e à assistência social (Carvalho, 2003; Brasil, 1988).

Aith (2007, p. 340) conceitua o Sistema Único de Saúde como “a instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil”.

Assim, com vistas a compreender a inserção do direito à saúde na CRFB/1988 e o surgimento do SUS, dividiu-se esta seção em duas partes: a) na primeira situar-se-á o processo histórico de construção dos pressupostos do SUS pela Sociedade, pela análise do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, da Reforma Sanitária Brasileira e da 8ª Conferência Nacional de Saúde; b) o reconhecimento do direito à saúde e a criação do SUS no contexto da República Participativa originada na CRFB/1988.

4.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE CONSTRUINDO A SAÚDE COMO UM DIREITO DE TODOS(AS): A SOCIEDADE DEFENDENDO OS SEUS INTERESSES

Conforme Escorel (1999), Gerschman (2004), Fleury (1997) e Paim (2008), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira participou ativamente do processo de democratização da saúde e de redemocratização do País.

Portanto, não se pode falar do surgimento do SUS sem associar tal ato ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde), que, no decorrer da história republicana brasileira, procurou construir as bases de um sistema de saúde público, que pudesse atender todos os níveis de atenção à saúde e de forma universal.

Assim, rompe-se com os modelos do “assistencialismo exclusivo ou residual”, que perdurou até a década de 1920, e com o “modelo de seguro social ou modelo previdenciário”, que somente conferia direitos ao uso dos serviços de saúde àqueles(as) que fossem empregados(as) ou contribuíssem para o sistema previdenciário. Com isso, inicia-se a construção de um modelo baseado na concepção de seguridade social (Paim, 2009).

Segundo Paim (2009), foi o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes)²⁵ que apresentou pela primeira vez, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (1979), o esboço da proposta do SUS. Portanto, **“tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos e partidos”** (Paim, 2009, p. 40 – grifo nosso).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira como expressão da Sociedade se propôs a incorporar em sua luta as demandas desta como um todo,

[...] partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre Classe/Estado/Sociedade. (Fleury, 1997, p. 25)

Apesar de as experiências do movimento sanitário datarem desde a Primeira República (médicos e cientistas higienistas), iremos nos ater à análise do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), desenvolvido na luta contra a ditadura militar e constituiu a Reforma Sanitária, que teve o seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O MRSB foi um movimento que uniu, sob a bandeira da saúde pública universal, intelectuais da área da saúde, organizações estudantis, sindicais e comunitárias, movimento da medicina comunitária, movimentos das outras áreas da saúde e o movimento popular em saúde. Essa articulação de forças da Sociedade participou direta ou indiretamente das tentativas de melhorar o sistema de saúde previdenciário então vigente e impedir a privatização em curso acelerado do setor saúde. Desse modo, participaram e atuaram nos debates e nas ações o Programa de interiorização das ações de saúde

25 Que segundo Rodriguez Neto (1997), se constituiu no primeiro protagonista institucionalizado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que divulgava as suas ideias pela Revista Saúde em Debate.

e saneamento (Pias), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais); as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Por conseguinte, foi um movimento que espelhou as contradições e a complexidade de uma Sociedade que procurava reaprender e reinventar a cidadania no país. Portanto, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sintetizou uma articulação da Sociedade no processo de abertura política do país e para que ele viesse a ocorrer, o que culminou em um rompimento com o modelo de monismo jurídico e da representação da cidadania, pois as bases normativas do SUS não foram construídas pela democracia representativa, mas foram fruto do espaço de agora que a Sociedade havia construído por décadas e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, ao espaço institucional do Estado e ao Congresso Constituinte restou receber esse processo da cidadania participativa da Sociedade e inseri-lo (pelo menos em grande parte) na CRFB/1988.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira tinha como principais propostas:

- 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como um direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços. (Mercadante *et al.*, 2002, p. 264)

Outrossim, deve-se ressaltar que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira é apenas um afluente do grande rio participativo da Sociedade que participou do processo de construção da CRFB/1988 na qualidade da manifestação da República Participativa.

Registra-se também que as fissuras no paradigma dominante do capitalismo ditatorial que havia no país – o qual já demonstrava esgota-

mento com o fim do denominado “milagre econômico”, crise do petróleo e retorno inflacionário, falência do sistema de saúde previdenciário e modelo de privatização da saúde pública – refletiram nos resultados eleitorais da oposição, o que abriu a possibilidade de “forçar” o regime militar a “aceitar” a discussão com manifestações sociais da Sociedade. Aduz Wendhausen (2002, p. 110 – grifo no original) que “este foi um momento em que o ‘movimento social em saúde’ adquiriu relevância, especialmente nos grandes centros, tendo sua origem no *movimento popular em saúde* e no *movimento sanitário*”.

Essa mobilização sanitária, como toda a mobilização em torno de direitos de cidadania que refletiram no texto na CRFB/1988, foi desenvolvida em um contexto internacional que propugnava uma nova faceta do Estado, sem o papel interventor na economia e de provedor de políticas sociais, bem como, sem a participação da Sociedade na definição de seus interesses no contexto do espaço público. Desse modo, o processo de construção da cidadania caracterizou-se em um luta contra-hegemônica na realidade de capitalismo neoliberal.

Para Baptista (2007), o ideal da reforma sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão, ou seja, uma nova maneira de administrar o Estado, deixando de operar na forma burocrática e dando início na operação de uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e que possibilitasse a Sociedade participar ativamente da construção desse novo Estado, atuando de modo democrático. Desse modo, a incorporação de direitos sociais levou a incorporação de reformas estruturais no âmbito da economia e do Estado nas modernas democracias políticas. Sob esse ponto de vista, poderíamos afirmar que tem havido uma continuada luta entre gestores(as) e as forças políticas e sociais, que entendem que a Reforma Sanitária representou e continua representando o caminho para a democratização da saúde e seu usufruto pelo conjunto da sociedade, especialmente pelas camadas com baixa vulnerabilidade e que necessitam de um sistema público de saúde (Gerschman, 2004).

Entende Baptista (2007, p. 45) que

[...] a proposta de reforma sanitária era também uma proposta de reforma de Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social – modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate de saúde, talvez por ser este setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado.

No projeto da reforma sanitária a definição de saúde ficou mais ampla, vinculando-se à concepção da Organização Mundial da Saúde, estando relacionado com as condições de qualidade de vida tais como: moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, saneamento básico, condições de trabalho. Desse modo, conceituou-se saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e que a saúde não se vincula apenas ao tratamento da doença e devem ser realizadas promoção e prevenção tanto nas condições de vida das famílias como no ambiente de trabalho (Verdi, Coelho, 2005).

Segundo Gerschman (2004, p. 54-55), a Reforma Sanitária brasileira

[...] ampliou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, coma ocupação de espaços nas instituições estatais da saúde, com o objetivo de produzir mudanças na política de saúde e na medida em que o próprio processo de transição á democracia o permitia. Este crescimento da proposta e do processo de reformulação da política de saúde adquiriu sua mais acabada expressão com a VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, na qual se definiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira; o qual introduziu mudanças no setor de saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente eqüitativo.

Nesse período, os(as) brasileiros(as) passaram por duas realidades especiais: o (re)aprender da democracia e o contato com novas formas de exercício da mesma. Esse reaprender democrático cristalizou-se na Carta Política, principalmente na possibilidade concreta da participação popular nos espaços de decisão política (Dallari, 1996).

No que concerne especificamente à saúde pública, todo o processo de (re)democratização do país, após 20 anos de ditadura militar, culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, que, pela primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde, contou com a presença da sociedade civil organizada, inclusive representantes de usuários(as), na condição de delegados(as) com direito a voz e voto. No total, foram cerca de 4.000 participantes; destes, 1.000 eram delegados(as) (Balsemão, 2003).

Para Escorel (1999, p. 187):

Os desdobramentos principais da conferência foram a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde. [...] a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde com uma concepção mais abrangente e não apenas como ausência de doenças e prestação de serviços médico-assistenciais. Transformou-se no texto base que norteou a elaboração, pelo Congresso Constituinte, dos artigos que trataram da saúde pública e que valeu a expressão SUS ter saído da Conferência diretamente para a Constituição (Balsemão, 2003; Rezende; Trindade, 2003). Para dar encaminhamentos às resoluções e por decisão da 8ª Conferência foi constituída pelo Ministério da Saú-

de a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)²⁶, que acompanhou o processo de construção do texto constitucional referente à saúde e participou da construção das bases para efetuar a transição do sistema do seguro social para o da seguridade social. Essa comissão, apesar de contar a participação da Sociedade, era majoritariamente composta por representantes governamentais (Mercadante *et al.*, 2002; Campos, 2008).

De acordo com Mercadante *et al.* (2002, p. 246), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, “não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como inclui ampla representação de usuários dos serviços de saúde”.

Portanto, a Reforma Sanitária Brasileira e a sua expressão na 8ª Conferência Nacional de Saúde como projeto consolidou-se em um “conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais” (Paim, 1997, p. 20).

Os(As) delegados(as) de participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao aprovar as suas resoluções, definiram saúde como um direito:

- 1) Em seu sentido mais amplo [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. [...]
- 2) A saúde não é um conceito

26 Essa comissão “era heterogênea, embora predominassem os ‘setores progressistas da burocracia governamental’. Faziam parte da CNRS nove representantes de ministérios do governo federal, dois representantes das secretarias estaduais e um por todas as secretarias municipais de saúde – somando, portanto, doze técnicos governamentais. O poder legislativo tinha dois representantes, os trabalhadores três, da CUT, CGT e CONTAG. O patronato também tinha três assentos, havendo mais duas vagas para os prestadores privados de serviços de saúde (uma para a Federação Brasileira de Hospitais e outra para a Confederação das Misericórdias [Santas Casas]. Os profissionais de saúde estavam representados pelos médicos, através da Federação Nacional dos Médicos. Finalmente, talvez pensando no usuário foi assegurado uma vaga para o Conselho Nacional das Associados de Moradores.” (Campos, 2008, p. 214)

abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. 3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições digna de vida e de acesso universal e igualitário das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (Brasil, 1986, p. 4)

Além disso, incluíram como uma condição para a existência do direito à saúde a “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (Brasil, 1986, p. 5).

Discorre Lobato (2009, p. 9) que:

A inclusão da participação social como eixo central da proposta da reforma sanitária se relacionava à sua compreensão para além da expansão do direito e da reforma setorial, mas como estratégia de democratização social, a saúde vista como potente conteúdo transformador.

Essa conjugação da radicalização da democracia em saúde, mediante a participação popular ou social da Sociedade no planejamento e na execução das ações de saúde, foi vislumbrada para ser exercida no âmbito das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Frisa-se que uma das preocupações dos participantes do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Sanitária Brasileira era de somente ser reconhecido o direito à saúde de forma genérica, o que deixava a legislação infraconstitucional e sua regulamentação de forma mais detalhada e ampla. Isso poderia não representar a construção da pluralidade política e jurídica feita pela Sociedade em todo esse processo de luta contra a ditadura e pela constituição de uma democracia que reconhecesse a participação popular como um dos seus elemen-

tos fundantes. Entretanto, em razão da constante mobilização da coletividade, a CRFB/1988, além de reconhecer a saúde como um direito social, também recebeu o SUS criado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e detalhou como esse sistema funcionaria, inclusive, com a coabitação com os serviços privados de saúde.

Em suma, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde se substanciaram em um espaço de formulação do direito com base no modelo de pluralismo jurídico comunitário e participativo. Na qualidade de espaço no qual os novos sujeitos coletivos de juridicidade, a partir das necessidades fundamentais da Sociedade, puderam propor democraticamente, dentro de um espaço da cidadania participativa um novo marco normativo para a saúde brasileira (Wolkmer, 1997). Também se caracterizou como um espaço no qual a Sociedade, resgatando a sua capacidade de formulação do direito e de ação política e a complexidade do contexto social abstraído pelo paradigma moderno representativo pôde atuar na qualidade de possuidora da titularidade dos direitos patrimoniais que dizem respeito ao coletivo (Pilati, 2012), como é o caso da saúde. Portanto, o movimento sanitário, enquanto Sociedade, lançou as bases, na esteira do processo de democratização que o Brasil passava, da República Participativa que tem na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 os seus fundamentos, no cenário da saúde.

4.2 A CRFB/1988: A REPÚBLICA PARTICIPATIVA RECONHECE A SAÚDE COMO UM DIREITO DE TODOS(AS) – NASCE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Restou demonstrado na seção anterior que o direito à saúde foi inserido na CRFB/1988 a partir da mobilização e da organização da Sociedade, que definiu, no contexto do processo de redemocratização do país, as bases normativas deste e do que viria a se constituir o SUS. Por-

tanto, foi a Sociedade que fez a Constituinte da saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O próprio relatório da Conferência, no item n. 1, do tema 2, rezou:

A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência de uma ampla Reforma Sanitária. (Brasil, 1986, p. 10)

E isto que foi realizado: houve a criação de um Sistema Único de Saúde dentro da concepção de Seguridade Social e não de seguro social, como havia sido o modelo hegemônico na história republicana brasileira até então.

Desse modo, pela primeira vez na histórica constitucional brasileira, uma Constituição trazia em seu corpo a saúde como direito humano fundamental. E não só isso, fá-lo-ia dentro de um novo paradigma, o da República Participativa, que após esse marco constitucional, coexistiria/coabitaria com o paradigma monista e da cidadania representada.

Assim, a saúde restou inserida na qualidade de direito social humano no artigo 6º da CRFB/1988, ao lado da educação, da alimentação, do trabalho, da moradia, do lazer, da segurança, da previdência social, da proteção à maternidade e à infância e a assistência social (Brasil, 1988).

Apesar de formalmente compreendido na teoria constitucional, o direito à saúde na denominada segunda dimensão dos direitos humanos/fundamentais, na qualidade de direito social e coletivo, insere-se em todas as dimensões. Na primeira, por ser a saúde um elemento da vida, sendo condição para que esta ocorra, com dignidade e não por mera sobrevivência. Depois, por se vincular ao direito à paz, ao desenvolvimento, ao meio ambiente, à qualidade de vida e à democracia,

tendo em vista que seus titulares são indeterminados, bem como dizer respeito a um bem jurídico indivisível (Schwartz, 2001; Siqueira Junior; Oliveira, 2007). Nesse sentido, o direito à saúde se caracteriza com um direito humano fundamental transdimensional, por perpassar todas as dimensões dos direitos humanos/fundamentais.

Outrossim, por ser um direito social pressupõe que o Estado deva fornecer prestações positivas em favor da coletividade, em que se inclui o cidadão(ã)/usuário(a) (Sarlet, 2007; Siqueira Junior; Oliveira, 2007).

Para Aith (2007, p. 72), constata-se que o direito à saúde, na qualidade de um direito social,

[...] exige do Estado a adoção de ações concretas para a sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, a adoção de programas de vacinação, a contratação de médicos, etc. De outro lado, deve-se ter em vista que o Direito à saúde também se configura em um direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico. Assim, o direito à saúde é ao mesmo tempo um direito social e um direito subjetivo, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam que o Estado adote medidas específicas em benefício da sua saúde, ou que o Estado se abstenha de adotar ações que possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva (ou sejam também exige abstenção do Estado, como por exemplo não poluir o ambiente).

Em razão de sua essência, o direito à saúde enquadra-se como direito público subjetivo, o que permite ao usuário(a)/cidadão(ã) do sistema de saúde interpor perante o Poder Judiciário uma ação judicial contra o Estado (inclusive contra qualquer dos entes federativos de sua esfera de domicílio) ou contra terceiros(as) que tenham assumido a responsabilidade por delegação do poder público – para que cumpram o estabelecido na CRFB/1998 de garantia em sua integralidade à prestação de saúde requerida, não se caracterizando apenas como norma pro-

gramática ou que somente poderá ser conferida por ser razoavelmente possível dentro do orçamento público. Se existe algum limite para o exercício do direito à saúde, este somente poderá ser determinado pela Sociedade e não pelo Estado, por ser este um bem coletivo que se encontra sob a proteção daquela, que foi a sua criadora e lhe conferiu a qualidade de que é possuidor na CRFB/1988.

Para Dallari (1988a), o direito à saúde possui aspectos tanto de direito individual quanto de direito social ou coletivo. No primeiro, ressalta a questão da liberdade, que confere o direito de escolher a sua relação com o meio em que se encontra inserido, bem como a escolha do tratamento de saúde que estiver disposto a se submeter. Já no segundo, privilegia a ideia de igualdade, o que permite que em favor da coletividade o Estado possa determinar certas ações como as da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica. Partindo desse contexto e da necessidade de equilibrar a liberdade e a igualdade, entende a autora que o nível local, em cada comunidade, mediante a participação popular, é que se pode definir com mais propriedade o que seja saúde. Apesar da existência de uma definição universal (OMS) e constitucional (art. 196 da CRFB/1988), a forma como esse direito à saúde será exercido dependerá de como cada lócus comunitário define o que lhe seja prioritário. Portanto, discorre Dallari (1988a, p. 60) que “o direito à saúde apenas será assegurado numa organização estatal e social que privilegie o poder local, uma vez que a responsabilidade deve ser especificada para que o direito seja garantido”.

Ademais, a CRFB/1988 deu à temática da saúde tratamento em diversas passagens do seu texto, não se limitando apenas em definir a saúde como um direito social de forma genérica, mas especificando os fundamentos e como seria exercido esse direito. Assim, podemos destacar a normatização da CRFB/1998 acerca da saúde como: mecanismo de melhoria da condição social do trabalhador (art. 7º, IV e XXII); a competência comum dos entes federativos nos cuidados da saúde (art. 23, II); a competência concorrente da união, do distrito federal e dos estados federados para legislar sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24, XII); a obrigação do município de prestar serviços de atendimen-

to à saúde da população (art. 30, VII); a possibilidade de intervenção da união nos estados, distrito federal (art. 34, VII, “e”) e municípios, (art. 35, III) caso não apliquem os percentuais mínimos dos impostos e transferências obrigatórias de recursos para ações de saúde; o papel do Ministério Público na garantia da efetivação do direito à saúde (art. 129, II); a consolidação da saúde (art. 194) como um dos elementos da seguridade social e as formas de financiamento da mesma – seguridade social – (art. 195); conceituando o Sistema Único de Saúde (art. 196); firmando a relevância pública das ações e serviços de saúde (art. 197); estabelecendo os princípios do SUS, onde sobressai a *participação popular* (art. 198); a possibilidade da assistência à saúde ser prestada pela iniciativa privada (art. 199, § 1º); as competências do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 200); e o dever da família, do estado e da sociedade na proteção prioritária da criança e do adolescente, incluindo-se o acesso aos serviços de saúde (art. 227) (Brasil, 1988).

Por conseguinte, o conceito de saúde como direito adotado pela CRFB/1988 não apenas lhe confere um sentido jurídico ou o considera como ausência de doença, mas o proclama na esteira do preceituado pela definição que compõe o preâmbulo da Constituição da OMS e de acordo com a construção histórica feita pela Sociedade no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Conforme a Lei n. 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS)²⁷, em seu artigo 2º, *caput* e § 1º:

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

27 A proposta inicial desta lei que regulamentou o SUS foi elaborada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (Rezende; Trindade, 2003).

Ainda, na esteira do disposto no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde e no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a LOS prescreveu que, para que a saúde exista, é necessária a existência de elementos condicionantes e determinantes, dos quais destacou em seu artigo 3º: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (Brasil, 1990).

Desse modo, a ampliação e garantia do direito à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 coaduna-se com o rol de iniciativas dos poderes públicos, visando à concretização da justiça social, não como um favor ou ato de caridade, mas como um direito a que faz jus a coletividade (Tojal, 2003).

Cabe destacar os seguintes ordenamentos infraconstitucionais, editados no período referente ao Governo Sarney (1985-1990) e no período após a promulgação da CRFB/1988, conforme se transcreve: o Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987, que criou o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (Suds); o Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS); a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que editou a Lei Orgânica da Saúde; a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e a Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Ressalta-se também as NOBs – Normas Operacionais Básicas do SUS; a Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015; Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como PEC dos Teto de Gastos *Públicos* (*que representou uma restrição ao financiamento da saúde pública*); Emenda Constitucional

n. 106, de 7 de maio de 2020, que estabeleceu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia; Emenda Constitucional n. 120, de 5 de maio de 2022, que dispôs sobre a política remuneratória e de valorização dos(as) profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias; Emenda Constitucional n. 124, de 14 de julho de 2022, que criou um piso salarial nacional para os(as) enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras.

Entretanto, ressalta-se que tanto o direito à saúde quanto o SUS não se constituem em um projeto acabado. Segundo Mendes (1996, p. 64), o SUS “é, a um tempo, um processo legal e legítimo e, também, um processo em marcha, portanto, inacabado”.

No caso específico do SUS, ele é um espaço de disputa entre a Sociedade e os setores públicos que o defendem como patrimônio da Sociedade brasileira e querem ampliar a sua concretização na esteira do processo de elaboração realizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Sanitária Brasileira; e entre aqueles(as) que querem assaltar e destruir esse patrimônio, com o seu funcionamento mitigado para os pobres e a privatização de seus serviços para a iniciativa privada. Portanto, é nesse cenário que a Sociedade tem e deve atuar, utilizando-se e ampliando a participação popular/social que ela mesma inseriu na CRFB/1988.

4.2.1 Sistema Único de Saúde: conceito e objetivos

A CRFB/1988, em seu artigo 198, *caput*, primeira parte diz que: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”. Também especifica os princípios e as diretrizes desse sistema e a forma de seu financiamento, que será por todos os entes federativos, preponderantemente, por meio dos recursos orçamentários da seguridade social (art. 198, § 2º) (Brasil, 1988).

Portanto, o SUS pressupõe um sistema integrado, que envolve todos os entes federativos e dispõe de uma estrutura de ações e serviços constitucionalmente, que não necessitava de uma complementação legislativa ou administrativa para funcionar. Nesse sentido, não podem os poderes instituídos (incluindo quaisquer dos entes federativos) criarem óbices para que o SUS cumpra o papel que a Sociedade dentro do processo constituinte lhe conferiu. Assim, de forma integrada os entes federativos devem atuar do sistema, com o objetivo de garantir o preconizado no texto da CRFB/1988.

Nesse sentido, o SUS dentro do aspecto federativo acaba criando

[...] um hiato na estrutura federativa do poder, pois, ao invés de autonomia de cada um dos entes, estipula-se a integração automática de todos eles a um sistema, para o qual devem concorrer com ações e recursos, de maneira a se lograr um conjunto integrado e harmônico apto a realizar os elevados objetivos que lhe foram atribuídos pela Constituição. Esse traço cooperativo é dos mais relevantes, pois, sem ele, certamente a ideia de sistema cairia por terra. (Dallari; Nunes Junior, 2010, p. 80)

Assim, dentro do contexto do SUS, caso o(a) gestor(a) municipal não cumpra o papel que compete ao Município, poderá (e deverá fazê-lo) o(a) gestor(a) estadual assumir a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde prestados naquele município, até que seja possível retornar ao regular funcionamento das atividades. Em igual situação, poderá ser aplicado ao(a) gestor(a) estadual, em relação ao(a) gestor(a) nacional (Dallari; Nunes Junior, 2010; Weichert, 2004). Além disso, deve ser ressaltado que a CRFB/1988 prevê que o Estado-membro²⁸ poderá intervir nos municípios dentro de seu território, caso estes não tenham aplicado o mínimo exigido em lei da receita municipal na prestação das ações e

28 Havendo Territórios Federais, estes pertencerão a União, cabendo-lhe a ela a competência que a CRFB/1988 destina aos Estados-membros no que concerne à intervenção em municípios.

serviços públicos de saúde (art. 35, III). Também, a União poderá intervir nos Estados-membros e no Distrito Federal quando: a) estes não garantirem os direitos da pessoa humana (art. 34, VII, “b”); b) também deixaram o mínimo previsto em lei da receita estadual na prestação das ações e serviços públicos de saúde (art. 34, VII, “e”) (Brasil, 1988).

Já a Lei Orgânica da Saúde tratou da conceituação do SUS em seu artigo 4º:

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (Brasil, 1990)

E ainda, no § 2º do artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde, em conformidade ao já prescrito na CRFB/1988, aquilo que se constitui um dos grandes problemas para a concretização do SUS (se constituindo um processo contra-hegemônico a sua consolidação): “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (Brasil, 1990).

Portanto, o SUS é um sistema complexo que possui atuação na articulação e coordenação das ações para promover e prevenir agravos à saúde da população brasileira, como também no processo de adoecimento, incluindo ações de cura e recuperação (Vasconcelos; Pasche, 2009).

Segundo Paim (2009, p. 43 – grifo no original), o SUS, em sua concepção, parte do seguinte pressuposto:

[...] todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do ‘mérito’ de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar con-

dição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de *seguridade social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações e privilégios.

No que tange aos objetivos do SUS, estes estão listados no artigo 5º da Lei Orgânica da Saúde: a) realizar a identificação e fazer a divulgação dos elementos determinantes e condicionantes da saúde; b) elaborar políticas de saúde que possam promover tanto no âmbito econômico quanto social, de ações que tenham por escopo a redução de patologias e outros agravos, bem como possibilitem aos(às) usuários(as) do sistema o acesso universal e igualitário as ações do SUS; c) a realização da assistência aos(às) usuários(as) do SUS, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, mediante a utilização de ações que integrem tanto a prevenção quanto a assistência (Brasil, 1990). Além disso, no artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde foram detalhadas as atribuições na área da saúde, que devem ser planejadas e executadas na esfera do SUS, o que demonstra a abrangência e a complexidade do sistema como um todo.

Em suma, para demonstrar a magnitude do SUS, utilizamo-nos das palavras de Paim (2009, p. 139 – *grifo no original*) que, recuperando as formulações do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), afirma que o SUS deve ser considerado como algo maior do “*que um sistema de saúde. Faz parte do pacto social presente na Constituição de 1988 que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária*”. Portanto, o SUS não se constitui em uma política de governo, mas em um patrimônio da Sociedade brasileira, que é a sua mentora.

4.2.2 Os princípios e as diretrizes do SUS

Além de seus objetivos e atribuições, o SUS possui um conjunto de princípios e diretrizes que orientam a sua estruturação e funcionamento. Esses princípios foram gerados pelos debates da 8ª Conferência

de Saúde, podendo ser encontradas referências diretas ou de forma indireta a eles, no relatório final da conferência. Portanto, do mesmo modo que o SUS é filho da Reforma Sanitária Brasileira, os seus princípios e diretrizes também o são, ou seja, foram formulados pela Sociedade.

Destaca-se que não é pacífica a distinção entre princípios e diretrizes, sendo adotado também como sinônimos, ou tratados de forma separada, considerando-se os princípios como os enunciadores da política de saúde e as diretrizes, a forma como a gestão do SUS deve ser realizada. Isso fica mais complicado quando se analisa o texto da CRFB/1988 e o da Lei Orgânica da Saúde (Rezende; Trindade, 2003). A CRFB/1988 estabelece quatro princípios não explícitos no *caput* dos artigos 196 e 198: a) universalidade; b) unicidade; c) regionalização; e, d) hierarquização; e) igualdade. Já os incisos I a III, do artigo 198, apresentam as denominadas diretrizes: a) descentralização; b) integralidade; e, c) participação da comunidade (Brasil, 1988).

Já a Lei Orgânica da Saúde diz que os serviços de saúde que fazem parte do SUS são executados com base nas diretrizes previstas no artigo 198 da CRFB/1998, tendo por base os seguintes princípios: a) universalidade no acesso; b) integralidade na assistência; c) preservação da autonomia das pessoas; d) igualdade na assistência; e) direito à informação sobre a sua saúde; f) divulgação das informações sobre os serviços de saúde; g) utilização da epidemiologia para definição das ações do sistema; h) participação da comunidade; i) descentralização administrativa, compreendendo a regionalização e a hierarquização dos serviços; j) integração das atividades do executivo, referentes às ações de saúde, do meio ambiente e de saneamento básico; k) articulação conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos entes federativos na execução das ações de saúde; l) resolubilidade; m) intersetorialidade, para evitar a duplicidade de ações; n) “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral”; o) a completa proteção e integral em relação aos direitos humanos daqueles(as) que são usuários(as) do SUS; e p) “atenção humanizada” (Brasil, 1990).

Assim, tendo em vista essa “mistura” constitucional e legislativa entre princípios e diretrizes e os limites desta pesquisa, ater-nos-emos àqueles denominados e considerados pela CRFB/1988, sem, no entanto distingui-los entre princípios e diretrizes. Por conseguinte, trataremos dos seguintes princípios/diretrizes: a) universalidade; b) unidade/unicidade; c) descentralização; d) regionalização e hierarquização; e) integralidade; f) igualdade; e, g) participação da comunidade (que será tratada em tópico separado, no momento que for desenvolvido acerca da democracia em saúde).

a) A universalidade

O princípio da universalidade expressa a essência do sistema da seguridade social ao não exigir o pagamento de qualquer contribuição para que o(a) usuário(a) possa ter acesso aos serviços de saúde e vincula-se à ideia de saúde como um direito de todos(as) e dever do Estado. “O princípio da universalidade define o ‘público alvo’ das ações e serviços públicos de saúde: toda população” (Weichert, 2004, p. 159). Ele tem por base o conceito de direito à saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que preconiza a obrigatoriedade de o Estado garantir o acesso universal a toda à população aos serviços de saúde (Brasil, 1986, p. 4-5). Aith (2007) o considera não somente um princípio do SUS, mas também do direito sanitário ou direito à saúde.

Para Matta (2007, p. 67), a universalidade expressa

Ideia de direito, o que se torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à ideia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura.

Segundo Rezende e Trindade (2003, p. 62), o que representa este princípio?

Para administração pública, a responsabilidade de elaborar programas operacionais que garantam que a atenção à saúde de toda a população habitante na área de abrangência de sua competência esteja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais. Para a população, significa a possibilidade de exigir, individual ou coletivamente, a consecução desse direito junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, sempre que ele for negado.

Portanto, a universalidade no contexto do SUS garante que toda pessoa tenha direito aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência, independentemente de raça, cor, religião, local de moradia ou situação econômica, devendo considerar na prestação de serviços a complexidade cultura e social da Sociedade brasileira (Correia, 2005; Paim, 2009; Rios, 2009).

Weichert (2004, p. 158) afirma que:

A universalidade possui a dimensão específica de que os serviços públicos devem ser destinados a toda população indistintamente. O Sistema Único de Saúde não foi formulado apenas para a população carente (como uma política de assistência social) ou para os que contribuem à seguridade social (como uma prestação previdenciária), mas sim para a garantia de saúde a todos que necessitem e desejarem a ele (sistema público) recorrer.

Desse modo, ele difere no que se chama uma prestação de serviços “focalizada” (Rios, 2009), vinculada à concepção de que a prestação de serviços em saúde (e os direitos coletivos de forma geral) deveria ser apenas fornecida aos(às) mais pobres. Para Ferraz (2007), a existência de uma concepção universal evita que ocorra essa segmentação do sistema de saúde, pois, quando

[..] optaram pelo caminho da saúde pública e universal, compreenderam bem os valores dessa opção: maior coesão social (todos, independentemente da condição econômica, compartilham

os mesmos serviços), o que evita ainda a estigmatização e a queda de qualidade que necessariamente acompanham os serviços públicos destinados exclusivamente aos mais pobres.

A ideia de um SUS focalizado e segmentado coaduna-se com a ideia da privatização dos serviços de saúde e do neoliberalismo, e tem flanqueado a concretização do SUS durante toda a sua existência. Esse é o risco que se tem percebido nos últimos anos, ao qual, apesar da previsão constitucional, existe um processo não formal de atendimento para pobres com a prestação mitigada dos serviços de saúde.

b) A unidade ou unicidade

A concepção de unidade ou unicidade do SUS parte do pressuposto que, havendo a hierarquização e regionalização no planejamento da prestação dos serviços, bem como a existência de uma multiplicidade de órgãos nos diversos entes federativos, estes não são segmentados, mas integram um único sistema de saúde, o SUS.

Por conseguinte, em razão do princípio da unicidade,

[...] é indicado que as ações e os serviços de saúde operacionalizados por vários ministérios, institutos, fundações, autarquias e agência sejam vinculadas à administração direta de cada uma das três esferas de governo, respectivamente, compatibilizadas, ainda, com as competências e atribuições da gestão de cada esfera. (Rezende; Trindade, 2003, p. 63)

Assim, procura-se evitar a sobreposição de ações por órgãos diferentes, como era o modelo anterior ao surgimento do SUS (baseado no sistema previdenciário), o que demanda um gasto desnecessário de recurso público e prejuízo, a maioria das vezes na prestação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a unicidade diz respeito à integração do sistema de saúde, por intermédio

[...] das ações entre os subsistemas que conformam o sistema de saúde, e dos serviços em redes assistenciais integradas, é um pressuposto da ideia de um sistema e uma condição para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários sem a qual se compromete a ideia de integralidade do cuidado. A integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão do sistema é preconizada nas leis e normas como condição básica para assegurar eficácia e eficiência ao sistema. (Vasconcelos; Pasche, 2009, p. 537)

c) A descentralização

Para Rezende e Trindade (2003, p. 66):

A descentralização da atenção à saúde, além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos na administração pública.

O princípio da “descentralização na gestão dos serviços”, foi previsto na 8ª Conferência Nacional de Saúde como um dos elementos que deveriam compor o sistema único de saúde que se formulava (Brasil, 1986, p. 10).

Considera-se que a descentralização foi a mudança da reforma do sistema de saúde mais significativa no aspecto político, na organização e na administração dos serviços de saúde na esfera municipal. Resultou na responsabilidade de o município oferecer a assistência ao cuidado integral para a população territorial, realização das ações e serviços em saúde, de acordo com a realidade de cada município, conforme o perfil social, epidemiológico, sanitário, político, e cultural da região e da população (Vasconcelos; Pache, 2009; Saito, 2010; Weichert, 2004). Portanto,

“significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica” (Paim, 2009, p. 48. Grifo no original).

Dessa forma, a descentralização aproxima o sistema do lócus principal de atenção do sistema, que é o município, no contexto de seus bairros e localidades. Igualmente, ele se associa com a ideia da participação da Sociedade na definição das políticas e ações do SUS, pois estando mais próximo da vida real de cada cidadão(ã)/usuário(a), torna mais concreto esse exercício da cidadania participativa.

Este princípio se interliga e se articula com os princípios da regionalização e hierarquização, que serão analisados a seguir.

d) A regionalização e a hierarquização

A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu como princípio da organização dos serviços da proposta de um novo serviço de saúde a “regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços” (Brasil, 1986, p. 10).

Quando se fala em regionalização e hierarquização, significa estabelecer de forma organizada e racionalizada os serviços entre os municípios, mediante a elaboração de um Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) e da Pactuação Programada e Integrada (PPI) dos recursos e da capacidade instaladas nos municípios circunscritos em um módulo de assistência, estando assegurados na Lei Orgânica da Saúde, garantindo, ao(à) usuário(a) do SUS, acesso nos diferentes níveis de atenção, a resolução das diferentes complexidades. Portanto, a regionalização tem a finalidade de garantir o atendimento integral em todos os níveis de atenção. Dessa forma, visa-se evitar a fragmentação das ações em saúde (Saito, 2010; Salazar; Grou, 2009).

Prescreve Paim (2009, p. 48-49 – *grifo no original*) que a regionalização representa

[...] a articulação entre os gestores estaduais e municipais, na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

Destaca-se que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, estando de acordo com a área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (Costa, 2004).

Sobre a hierarquização, discorrem Vasconcelos e Pasche (2009, p. 536):

[...] busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente. A crítica aos modelos hierarquizados tem apontado a necessidade de superar a ideia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços.

Por conseguinte, por meio da hierarquização tem-se a possibilidade de organizar os níveis de complexidade dos serviços de saúde (do nível primário e da baixa, média e alta complexidade), mediante uma distribuição regionalizada que permita o atendimento das necessidades sanitárias da população, com qualidade e eficácia, sem que haja a sobreposição na prestação de serviços dentro da estrutura descentralizada do sistema. Entretanto, destaca-se que esse processo de regionalização e de hierarquização deve ser realizado “de modo a racionalizar os custos sem prejudicar os usuários” (Weichert, 2004, p. 165).

e) A integralidade

A integralidade se constituiu em um dos princípios fundamentais da proposta de criação do SUS, conforme as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando preconizou a “integralidade das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo” (Brasil, 1986, p. 10). Tal concepção acabou inserida na CRFB/1988, bem como na LOS, que veio a regulamentar o texto constitucional.

O artigo 198, II, da CRFB/1988, preceitua que parte do SUS o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988). Já a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 7º, II, também prescreve que o SUS se norteie pela existência da integralidade na assistência, que é “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” (Brasil, 1990).

A integralidade é o “reconhecimento que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. [...] O homem é um ser integral e biopsicossocial” (Pereira *et al.*, 2005, p. 264). Como ser integral, deverá ser atendido pelo SUS também como um ser em sua integralidade, voltado para promover, proteger e recuperar a sua saúde (Pereira *et al.*, 2005).

Esse modelo não se funda apenas em uma visão de saúde centrada no profissional médico, mas integrada ao conjunto dos outros profissionais que compõem o sistema e das outras redes de serviços públicos. Nesse sentido, o(a) usuário(a) do SUS é visto na sua totalidade, sem fragmentação. Portanto, não somente a sua recuperação da saúde é importante, mas também a prevenção e promoção dela. Para tanto, é essencial a compreensão das condições e determinantes que impactam sua saúde, o que se insere na necessidade do diálogo conjunto com outras políticas públicas.

A definição do princípio da integralidade na assistência é compreendida como um conjunto articulado e constante de ações dos servi-

ços em saúde, na prevenção, cura e recuperação, individual ou coletiva, conforme a exigência de cada caso, desde a atenção primária até a alta complexidade. Deve haver integralidade nas ações, de forma igualitária e harmônica (Paim, 2009; Salazar, Grou, 2009).

A integralidade, para Correia (2005), é um conjunto de ações preventivas e curativas que um(a) cidadão(ã) tem por direito, um ser social inserido em uma realidade econômica, política e cultural. A pessoa deve ser vista integralmente, e não por partes, e o processo saúde-doença da população deve ter um sentido amplo, de acordo com as condições de vida, moradia, renda econômica, educação e cultura do indivíduo. As ações de prevenção devem ser conforme a realidade em que a população se encontra e incluir saneamento básico e imunização. Se desencadeada a doença/enfermidade, o serviço do SUS deve oferecer assistência de saúde no cuidado para a sua reabilitação.

f) A igualdade/equidade

O princípio da igualdade encontra-se na raiz do conceito de saúde constante do texto da CRFB/1988 e se vincula ao princípio da dignidade humana. A igualdade pressupõe a não discriminação, entretanto, esta não pode ser vislumbrada apenas em seu aspecto formal. Portanto, a igualdade pura e simples pode se consubstanciar em desigualdade, o que enseja a necessidade de fazer-se uso da equidade, com vistas a garantir a prioridade no atendimento de acordo com a realidade das condições de saúde do(a) usuário(a) do SUS.

A equidade garante ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada cidadão(ã) necessita de assistência à sua saúde; ele(a) deve ser atendido(a) conforme suas necessidades em tudo o que o sistema pela lei garante oferecer. Também pressupõe “a prioridade da execução ações e serviços de saúde pelos órgãos que participam do sistema, nas regiões onde necessidades econômicas e patológicas mais exijam a intervenção pública. Portanto, a igualdade material deve nortear a definição das prioridades das ações do SUS” (Weichert, 2004).

Por conseguinte, a equidade no acesso aos serviços de saúde significa a prioridade na assistência ao cuidado, ou seja, pessoas ou população que necessitam da oferta de serviço, por enfrentarem risco no processo de adoecerem ou morrerem, em consequência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços, o que ensejaria a realização de uma discriminação positiva (Vasconcelos; Pasche, 2009).

Deve-se ressaltar que a igualdade compunha ao lado da universalidade os pontos centrais do conceito de direito à saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ademais, no que dizia respeito às denominadas condições de acesso e à qualidade da proposta do SUS, dever-se-ia nortear pela “equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção” (Brasil, 1986, p. 10-11).

Assim, dentro desse contexto, a igualdade no acesso aos serviços de saúde representa a complementação do princípio da universalidade. Entretanto, reforça-se novamente, dentro das demandas e das condições dos(as) usuários(as) do SUS, deve haver a priorização daqueles(as) que mais necessitem dos serviços públicos de saúde, mesmo que, para tanto, tenha que se cometer um ato de desigualdade formal, configurando-se como uma discriminação positiva, a exemplo das ações afirmativas. Não obstante essa realidade, ela não pode ser usada para justificar a focalização e a segmentação das ações, os desmandos administrativos, a falta de planejamento das ações de saúde, a falta de investimentos públicos condizentes com a necessidade do setor saúde e a justificativa discursiva de que esses serviços prestados são reservadamente possíveis de serem executados. Por outro lado, deve-se destacar que dentro do modelo procedimental no qual se encontra inserida a saúde, onde os conflitos que a envolvem não se resolvem pela lógica participativa, mas dentro do paradigma representativo, nada impede que o usuário(ã)/cidadão(ã) prejudicado(a) por esse ato de discriminação positiva e/ou falta de priorização e gestão adequada dos serviços de saúde pelo(a) gestor(a) do sistema faça uso de seu direito subjetivo à saúde e provoque o Poder Judiciário e obtenha uma decisão que lhe garanta o deferimento de seu pleito.



A CIDADANIA PARTICIPATIVA EM SAÚDE

Destaca-se que a existência da cidadania participativa não é restrita apenas ao âmbito da saúde nem aos conselhos e às conferências. As experiências participativas se interligam com todo processo histórico realizado pela Sociedade para desprivatizar o público e torná-lo um patrimônio da coletividade. Desse modo, essa mobilização popular, realizada em grande parte da República preponderantemente pelo movimento sindical, teve do processo de luta contra a ditadura militar a confluência de várias manifestações dos novos movimentos sociais, que se uniram no processo de democratização brasileira e na construção de uma Constituição não somente formalmente democrática, mas verdadeiramente democrática, no sentido de reconhecer a cidadania participativa como um dos elementos fundantes de sua concepção de Estado e no reconhecimento de direitos pleiteados coletivamente e a possibilidade permanente de uma recriação tanto de novos direitos quanto dos espaços de participação democrática.

Esse modelo de cidadania, traduz uma nova cultura democrática e uma estratégia política que permite combater o autoritarismo social e a privatização do público que permeia historicamente as relações e política no Brasil. Ela tem em seu bojo, como nos ensina Dagnino (2004), a possibilidade de que a Sociedade defenda e concretize um processo que se traduz em um “direito a ter direitos”; que não seja uma ação dos interesses econômicos do capitalismo, mas uma manifestação de “baixo para cima” e do alto para a base; que não se esgote na conquista de direitos, mas que pressuponha a radicalidade democrática (Mouffe, 1996);

que expresse as contradições e as diferenças que permeiam a sociedade e não veja isso como um problema da democracia (Santos, 2010).

Gohn (2010d) denomina essa participação da Sociedade de Participação Cidadã, que se consubstancia em um conceito amplo de cidadania, não restrita apenas ao exercício do direito de voto nos processos eleitorais representativos regulares. Ela se constitui no bojo do fortalecimento da Sociedade (mediante os novos movimentos sociais da década de 1980) e radicalização da democracia, para transformar a realidade social e romper com a desigualdade social, dentro da esteira do reconhecimento de sua construção no meio da diversidade cultural. Sendo diferente da concepção neoliberal de cidadania, que ressalta os deveres e não inclui os direitos e compreende o cidadão apenas dentro do contexto de um(a) cliente dentro do mercado. Por outro lado, a participação cidadã traduz-se na existência de direitos e deveres, sendo estes considerados “na perspectiva cidadã, articula-se à ideia de civilidade, a concepção republicana de cidadão” (Gohn, 2010d, p. 18).

Esse cenário se traduz na “necessidade de uma nova gramática social e uma nova relação entre Estado e sociedade” (Santos; Avritzer, 2002, p. 54). Assim, esse novo contexto da articulação entre o público e a Sociedade se concretiza na construção de espaços públicos/societários, onde não somente o Estado participe da gestão dos interesses públicos e coletivos, a exemplo do que ocorre na saúde.

Ressalta-se: essa cidadania participativa que se consubstancia no envolvimento da Sociedade tem no espaço local e nas ações de descentralização das políticas públicas estatais o seu espaço de agora, pois é no ambiente mais próximo do cotidiano e da vida do cidadão(ã) que este(a) pode se manifestar de forma mais concreta na defesa dos interesses da coletividade. Portanto, surge nesse cenário a concepção de uma democracia local (Santos, 2002b; Santos, 2010; Santos; Avritzer, 2002; Hermany, 2007; Santos Junior, 2003; Santos Júnior, 2005).

Entende Santos Júnior (2005), para que essa democracia local se concretize, possibilitando a criação de ‘*welfare* municipal’, estabelecen-

do um novo modelo de governança, dependerá do cenário das relações sociais locais e que exista não somente na esfera do discurso, mas que pressuponha condições efetivas para que o exercício da cidadania participativa possa ocorrer.

No que tange à área da saúde, a participação da Sociedade encontra-se na essência e na gênese do SUS. Foi a Sociedade, por intermédio do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Sanitária Brasileira, que construiu jurídica e politicamente o SUS em um processo histórico que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência que, rompendo com o padrão histórico das outras sete anteriormente realizadas desde 1941, abriu espaço para que a Sociedade participasse e se constituísse em um verdadeiro espaço de ágora. Portanto, sem qualquer dúvida, o direito à saúde e o SUS foram uma criação da cidadania participativa, como expressão dos novos sujeitos coletivos de juridicidade que se articularam nas lutas pela democratização do país e o fim da ditadura militar.

Também se pode verificar que essa inserção da participação da Sociedade no SUS como corolário das cartas e declaração das Conferências internacionais de Saúde, como Alma-Ata (1978), que declarou ser um direito dos povos participarem do processo de construção de seu direito de definir como será o exercício de sua saúde. No mesmo caminho, também traduziu a Carta de Ottawa (1986 – grifo no original) ser necessário o **“reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde”**; ou seja, a cidadania participativa é condição para o exercício do direito à saúde. A importância da participação da Sociedade foi destacada e reforçada nas Conferências que se seguiram: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Santafé de Bogotá (1992), Jacarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005). Destaca-se que foi a Declaração de Jacarta (1997 – grifo no original) que traduzia com mais propriedade esse sentido da cidadania participativa, ao definir que a promoção da saúde, enquanto um direito, não pode ser concretizada como um processo feito **“sobre”** e **“para”** o povo, mas pressupõe o seu planejamento **“pelo”** e **“com”** o povo. E essa foi a concepção adotada pelo processo

do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Sanitária Brasileira e que restou inserida na CRFB/1988.

Essa mobilização da Sociedade, que se concretizou na democratização brasileira e na luta pela ampliação desta, também se constituiu em uma resposta à crise de legitimidade do paradigma representativo liberal. O modelo hegemônico, tendo em vista a crise do Estado Social de Direito, ocorrida na segunda metade do século XX, como a ser questionado, de um lado, pela Sociedade, por não garantir mais os denominados direitos sociais e as novas necessidades por novos direitos; do outro, pela nova reordenação do modelo capitalista em sua versão neoliberal, que procura retroceder inclusive as conquistas do *Welfare State*, que já eram consideradas insuficientes pela Sociedade. E é nesse cenário que surgiram os novos movimentos sociais (como novos sujeitos de juridicidade), que apesar de procurarem estar afastados do Estado, pelo menos formalmente, mantinham um diálogo com este nos espaços oficiais que esse processo de luta social conquistou – forçar uma coabitação entre a matriz da cidadania participativa e do novo pluralismo jurídico e a do monismo jurídico e da representação da cidadania (Santos, 2010; Wolkmer, 1997; Hermany, 2007; Santos; Avritzer, 2002).

Gershman (2004, p. 91), sobre esse processo contraditório entre Sociedade e Estado, no contexto da saúde, em especial no caso do Movimento Social em Saúde:

A problemática que envolve a análise dos movimentos sociais de extração popular e, neste caso, a dos movimentos populares em saúde, relaciona-se basicamente a três eixos de questões decisivas em processos de formação, assim como na atuação dos mesmos: a relação com o Estado, sua institucionalização e a autonomia em relação a outras forças sociais. Ao considerar que o Movimento Popular em Saúde tem seu eixo na atuação no plano das políticas de saúde – área específica de intervenção do Estado constatou-se que a concepção do Estado, assim como a relação com este constitui seu ‘calcanhar de Aquiles’. [...] Trata-se de uma tensão permanente, de uma dinâmica contraditória e constituinte que

caracteriza relação entre o Movimento Popular em Saúde e o Estado.

Ora, a tensão e a contradição que envolvem as relações entre a Sociedade e o Estado encontram-se na raiz da dicotomia histórica realizada na construção da modernidade burguesa e que o paradigma participativo procura corrigir. Mas é um risco real, pois a Sociedade nesse processo pode perder a sua identidade e ser aparelhada e cooptada pelas estruturas hegemônicas e econômicas que controlam o Estado. Essa condição de tensão, contradição e risco de perda de autonomia da Sociedade, inclusive a sua capacidade permanente de mobilização e de reinvenção da cidadania, é denominada por Wendhausen (2002) “duplo sentido do controle social” e se constitui em um dos limites/dificuldades da participação popular em saúde.

Deve-se destacar que a inclusão da participação comunitária (popular) como um princípio/diretriz do SUS não foi acidente; traduz uma construção histórica, mundial e nacional de luta pela democracia e cidadania e se constituiu em uma determinação da Sociedade em *ágora*, o que nos leva a seguinte constatação: sem a participação da Sociedade no processo de construção permanente e concretização do SUS, esse sistema, poderá ser tudo, menos o SUS que foi gerado pela Sociedade.

Nessa linha, considerando o caráter coletivo do direito à saúde e da sua complexidade, afirma Schwartz (2001, p. 182) que ele se constitui em “um problema cuja solução não se restringe a um único agente”, mas envolve a Sociedade em sua integralidade, pois sua proteção é do interesse “de todos”.

Entende Fleury (1997, p. 40) que:

O desenvolvimento de estratégias de construção de um novo tecido social, descentralizado e participativo, repõe a nossa especificidade regional em um patamar devido, capaz de reivindicar um modelo de democracia onde impere a co-gestão pública, retomando os princípios de solidariedade e igualdade em uma

complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade como parte da cidadania.

Para Dallari (1998a, p. 62), essa participação popular tem no município o seu *locus*, tendo em vista ser este onde o direito à saúde é exercido mais concretamente. Portanto, dentro desse cenário,

A participação popular no processo de planejamento é fundamental para que o conteúdo do direito à saúde corresponda aos limites tolerados de interferência na liberdade e respeite a igualdade essencial dos homens, assim como esteja adequado ao desenvolvimento atingido pela comunidade.

Assim, a cidadania participativa alia-se ao que se denominou processo de municipalização dos serviços de saúde, vinculada a uma estratégia da descentralização, com base na implantação de ações, a exemplo das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que atuam, de um diagnóstico e de um planejamento diretamente nas comunidades, na casa das pessoas. Por conseguinte, tal perspectiva reforça a atuação do controle social das ações de saúde no âmbito do SUS pela Sociedade.

Portanto, a democracia participativa é aquela exercida com a participação da Sociedade integrando os órgãos colegiados decisórios, a exemplo dos conselhos de saúde, quando o povo desempenha, em parceria com o Estado, o papel que lhe cabe constitucionalmente no regime democrático, além de exercer o controle social no poder. Nesse sentido, ninguém pode ser o único direcionador das decisões tomadas nesse campo, mas sim participante de uma decisão conjunta do coletivo, sendo essencial a necessidade de organização dos diferentes segmentos da sociedade (Balsemão, 2003).

Portanto, ela torna-se um espaço de exercício da soberania participativa que coexiste com o paradigma da soberania representada (Pilati, 2012). Na mesma linha, também se constitui em *locus* de direito social condensado, por ser um resultado desse processo uma norma-

tividade a qual o Estado reconhece, mesmo que a sua regulação tenha partido da Sociedade (Gurvitch, 2005).

Esses espaços de cidadania possibilitam a criação de uma nova legalidade, que nasce das contradições e da pluralidade cultural e social da Sociedade, dentro de um paradigma pós-moderno de construção e concretização de direitos que “deslocam e subvertem a tradicional centralidade e unicidade do direito formal como regra organizadora da vida social” (Telles, 2004, p. 96).

O termo participação da comunidade consta do artigo 198, III, da CRFB/1988 e artigo 7º, VIII da Lei Orgânica da Saúde. O texto Constitucional não trouxe a quem caberia ou faria parte desta participação, ficando tal encargo a legislação infraconstitucional. Além dessa, merecem destaque as seguintes expressões que procuram definir essa participação da Sociedade na definição de seus interesses coletivos: participação popular, participação social, participação da sociedade civil, participação do(a) usuário(a), participação do(a) consumidor(a), participação cidadã e controle social.

Krüger (2008, p. 81 – *grifo no original*) afirma que a participação comunitária ou da comunidade

[...] parece ter uma noção de movimento social basista ou de política social que se destina a segmentos periféricos e empobrecidos. Talvez para superar essa restrição em termos de significado, o debate acadêmico-político e a literatura que tratam do tema utilizam as expressões participação popular, *participação social*, *participação da sociedade civil* e *controle social*. Nenhuma delas é neutra ou isenta de significados e contradições.

Wendhausen (2002) destaca que as expressões “participação do usuário” e a “participação do consumidor” possuem certas limitações: a primeira por restringir-se apenas a um segmento dentro da estrutura da cidadania em saúde; já a segunda, por vincular-se a uma concepção mercantil, a existência de um negócio estabelecido, no qual o(a) consu-

midor(a)/cliente compra determinado bem ou serviço e deve receber uma contraprestação adequada ao produto adquirido. Tal lógica insere-se dentro da matriz política e econômica neoliberal.

Sobre a categoria participação popular, esta tem nos teóricos de tradição marxista a sua formulação, procurando expressar o envolvimento dos excluídos socialmente de processos participativos. “Pressupõe a representação de setores populares através de líderes legítimos eleitos ou indicados por entidades organizadas” (Wendhausen, 2002, p. 179). É uma das expressões que constam das cartas e declarações das Conferências Internacionais de Saúde.

Para Valla (1998, p. 9-10), participação popular pode ser definida como

[...] as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.). [...] Esta participação, se de um lado legitima a política o Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública.

Ele a diferencia das expressões modernização, integração de grupos marginalizados e mutirão, que se têm também procurado atribuir sentido de participação popular. A ideia de modernização expressa a ideia de inovações tecnológicas ou serviços inovadores que o povo participaria consumindo, criando uma ilusão de que a sociedade participa de algo que, na maioria das vezes, não acaba usufruindo ou controlando. Já a integração de grupos marginalizados parte do seguinte pressuposto: em razão das condições sociais e econômicas a maioria da população não está incluída socialmente, necessitando de ações que buscam romper com essa situação. Traz em seu bojo que os(as) excluídos(as) seriam culpados(as) de sua situação e devem ser motivados(as) e ajudados(as) a serem integrados(as) nos benefícios econômicos e culturais. Assim,

mascara-se que o problema dos marginalizados socialmente sempre estiveram ao nosso lado, em razão da distribuição desigual da riqueza e que a resolução desse cenário não passa por ações focalizadas, mas iniciativas que integrem a geração de empregos, salário digno e a garantia e prestação dos serviços sociais básicos. No que tange ao mutirão, procura fazer com que a população execute as obras que seriam de responsabilidade do Estado. A situação da vítima pela ausência da ação estatal é responsabilizada e culpabilizada, como forma de mascarar a ausência de resolução estatal dessas demandas sociais (Valla, 1998).

No que tange à terminologia participação social, ela “não representa um sujeito social específico, mas se constrói como um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/Estado” (Gohn, 2007, p. 58). Ela traz o sentido de ação coletiva, conforme os estudos propostos por teóricos estadunidenses. Traduz também a ideia de mobilização em sentido de solidariedade e voluntarismo, ou seja, não no sentido de protesto ou de luta por direitos, mas de ações para resoluções de problemas específicos, o que leva a um esvaziamento do caráter “político” e ressalta os resultados a serem atendidos. Desenvolve-se por ações focalizadas dentro da esfera das organizações não governamentais (ONGs) e do Terceiro Setor. Entretanto, destaca-se que, apesar de ser uma “intervenção” participativa, ela não pressupõe que a democracia esteja inserida nesse processo em razão das diferenças existentes entre as entidades que executam essas ações, com ou sem o auxílio do Estado (Gohn, 2007).

Segundo Gohn (2007, p. 61),

Para uns, isso é positivo, pois conseguem fazer o que os órgãos governamentais não conseguem. Para outros, é negativo: o compromisso é localizado, focal, não há o desenvolvimento de uma consciência de cidadania real, de um cidadão ativo e pleno de direitos. Há a modelagem de um cidadão passivo, cliente/usuário de políticas sociais comunitárias.

Carvalho (1995) e Gohn (2007) ressaltam a categoria participação cidadã, que tem na Sociedade o eixo central ao invés do povo ou a comunidade. Ela vincula-se ao processo de construção e ampliação do sentido de cidadania (que supera a perspectiva meramente eleitoral) e o reconhecimento e universalização dos direitos sociais.

Segundo Carvalho (1995, p. 25),

A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades) nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal.

Deve-se ressaltar que nas resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi usada a expressão “participação da população”, organizada mediante as suas entidades representativas (Brasil, 1986).

Correia (2000; 2005) alerta sobre a contradição da categoria controle social, em razão de sua ambiguidade, tendo em vista que pode ser considerada como um controle do Estado em relação à sociedade, tendo o objetivo de atenuar as contradições sociais existentes e manter a hegemonia do modelo capitalista. Por outro lado, pode ser o inverso, um espaço onde a Sociedade atua (ou melhor, determinados setores dela), procurando se aproveitar para controlar as ações do Estado, com o intuito de que a sua política seja direcionada para os interesses coletivos da maioria da população e não para interesses econômicos hegemônicos.

Essa segunda opção é a que adotamos, por representar a possibilidade da Sociedade de publicizar e desprivatizar o público e torná-lo público-coletivo e não público a serviço dos interesses privados de alguns. Também deve-se ressaltar que, em sentido mais amplo, o controle social não fica adstrito apenas às conferências e aos conselhos de saúde, mas inclui outros espaços de manifestação da cidadania, que podem ser inventados e reinventados pela Sociedade. Podem também ser conside-

rados parceiros e possíveis atores de um controle social institucional, as ações do Ministério Público e dos Tribunais de Contas.

Correia (2000, p. 55) afirma que o controle social passou a existir

[...] como possibilidade de os movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma que estas atendam às suas demandas, durante o processo de democratização do país, em que a descentralização é tema central, contraposto ao processo de centralização do Estado durante a ditadura.

Para Rodrigues e Azzi (2007, p. 107), o controle social deve ser compreendido como sendo

[...] uma categoria constitutiva dos processos democráticos e tem sido reconhecido como um elemento integrante do processo de publicização. O exercício do controle social pela sociedade civil, no âmbito das políticas sociais, pode ser entendido como uma forma de relação reguladora, que visa os interesses da sociedade civil na garantia dos direitos sociais de cidadania. Por isso, o controle social não pode ser confundido apenas com controle do financiamento ou do fundo público. Ele é mais amplo, pois inclui o controle social de diretrizes, da administração da ação técnica e da destinação dos recursos.

Carvalho (1997) aduz que a Reforma Sanitária Brasileira construiu a categoria controle social, como expressão da Sociedade democratizar a e controlar as ações estatais, tendo por referência a contribuição das matrizes marxista e liberal.

Bravo ([s/d], p. 1) destaca que essa participação da Sociedade deve ser compreendida “como a gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada”.

Portanto, tendo em vista a necessidade de utilizarem-se terminologias que contemplem a construção teórica desta pesquisa, sem, no en-

tanto, problematizar acerca desse conflito terminológico, adotar-se-ão as expressões participação popular, participação da Sociedade, participação cidadã e controle social como categorias que permitem resgatar o espírito de *Civitas* da democracia participativa clássica, por trazerem em seu bojo o sentido de ágora que foi abstraído pela dicotomia sociedade civil x sociedade política, âmbito privado x âmbito público, consumada pelos arquitetos da modernidade burguesa capitalista.

O texto constitucional teve a sua regulamentação pela Lei n. 8.142 de 1990, que dispôs que a participação popular em saúde se daria por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde (art. 1º, I e II), que teriam a participação dos(a) usuários(as) do SUS, por intermédio de seus(suas) representantes. Apesar desta previsão, restou silente em relação a quem seriam e a forma de como seria definida essa representação dos(as) usuários(as) do SUS.

O *caput* do artigo 1º e incisos I e II da Lei 8.142 de 1990, além de expressar que a participação popular ocorreria mediante as Conferências e os Conselhos e deveria ser exercida “sem prejuízo das funções do Poder Legislativo” (Brasil, 1990), ou seja, a atuação dos espaços de cidadania participativa em saúde fica adstrita ao âmbito do Poder Executivo, tendo em vista a natureza jurídica desses espaços participativos.

Já em seu artigo 1º, em seu § 1º a Lei 8.142/1990, rezou que:

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 (Brasil, 1990)

E no § 2º:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, presta-

dores 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. (Brasil, 1990)

Portanto, pode-se afirmar que o controle social é responsabilidade de todo(a) cidadão(ã). Sua efetivação ocorre legalmente ao nível de conselho de saúde e conferências, que são instrumentos na definição das políticas públicas de interesse dos(as) usuários(as) em consonância com os fundamentos do Estado Social e Democrático de Direito previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Esses dois espaços da participação popular em saúde, regulados em lei, serão compostos da representação paritária de usuários(as) do SUS (Sociedade) e dos outros segmentos: prestadores(as) de serviços, representantes do governo e profissionais da saúde (§§ 2º e 4º, do art. 1º da Lei 8.142, de 1990). Nesse sentido, 50% dos(as) membros(as) das conferências e dos conselhos serão dos(as) usuários(as) e os outros 50% dos demais setores representados (Brasil, 1990). Registra-se que a Lei n. 8.142, de 1990 nada falou sobre quem seriam esses outros segmentos nas conferências, sendo usado o disposto para os conselhos como referência (Escorel; Bloch, 2005).

Outrossim, o exercício do controle social não está adstrito aos espaços legalmente reconhecidos (conselhos e conferências), mas pode ser exercido por outros grupos representativos da Sociedade, sem, no entanto, descartar a possibilidade de fiscalização individual realizada pelo(a) cidadão(ã).

Dallari *et al.* (1996) ressaltam, ainda como forma de participação da Sociedade na defesa do direito à saúde, o que denominam de advocacia em saúde, que tem origem no termo “*advocacy*”, nascido das experiências de reivindicação de direitos estadunidense. Portanto,

O termo ‘advogar’, tradicionalmente usado para designar a atividade profissional do bacharel em direito regularmente licenciado, passa, também, a conformar uma nova expressão: a ‘advocacia em saúde’, significando a reivindicação pelo direito à saúde. (Dallari *et al.*, 1996, p. 595)

Ela envolve diversos atores sociais, o que inclui tanto os responsáveis pela execução dos serviços de saúde (gestores e autoridades políticas) quanto aqueles que pleiteiam a realização desses serviços, o que abarca a promoção, a prevenção e a proteção do direito à saúde. Essa advocacia pode ocorrer junto a qualquer um dos três poderes, em quaisquer dos entes federativos; envolver setores privados que atuam na área da saúde (por delegação ou não do poder público) e organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Mundial do Comércio (OMC), entre outros (Dallari *et al.*, 1996; Aith, 2007).

Entre as ações que podem ser realizadas na advocacia em saúde podem ser destacadas: a) a articulação com outros atores sociais com vistas a reconhecimento de determinada postulação na área do direito à saúde; b) ações de natureza política, junto aos poderes e a mídia, para chamar a atenção sobre o tema postulado; c) intervenção direta junto aos órgãos administrativos responsáveis pela resolução do pleiteado; d) interposição de ações judiciais ou representação perante o Ministério Público; e) articulação das mídias e ferramentas virtuais para mobilizar a atenção para a demanda requerida; f) representar junto aos organismos internacionais situações de desrespeito à dignidade humana na saúde.

Para o exercício dessa advocacia em saúde poderão ser usados tanto os canais oficiais de participação popular quanto os de postulação judicial, além de outras formas de pressão, mobilização e organização que a demanda requerida necessitar no âmbito da saúde, como a efetuada por pessoas de certa patologia, que podem estar postulando, por

exemplo, a produção de uma medicação pela indústria farmacêutica ou exigindo que o SUS inclua em suas listas oficiais certo tratamento indispensável para a recuperação da saúde dos(as) mesmos(as).

Assim, percebe-se que a questão da participação popular na seara do direito à saúde não se resume a um cenário simplista, pelo contrário, ela traduz toda a complexidade, heterogeneidade e multiculturalidade que compõem a Sociedade. Portanto, não pode ser vista como um único modelo ou aplicada concretamente como se fosse uma receita. Não! Ela espelha contradições sociais, forças econômicas e sociais nacionais e internacionais e disputas e interesses políticos, em alguns casos, que não dizem respeito diretamente com o âmbito da saúde.

Por conseguinte, delineado os aspectos centrais e a pluralidade da cidadania participativa em saúde, será realizada nos pontos seguintes a análise dos dois instrumentos reconhecidos oficialmente pela construção da Sociedade na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que são as Conferências e os Conselhos de Saúde, com ênfase neste último, tendo em vista ser o objeto de estudo em que centra a análise desta pesquisa.

5.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As conferências de saúde, ao lado dos conselhos de saúde, foram os espaços constituídos oficialmente pela Lei n. 8.142, de 1990, que teve a prerrogativa de regulamentar a participação comunitária prevista na CRFB/1988, seu artigo 198, III.

Na seção que tratou do processo histórico de construção do direito à saúde no Brasil até o fim da ditadura militar constatou-se que a primeira legislação a tratar das conferências de saúde foi a Lei n. 378 de 1937, a qual, ao organizar o Ministério da Educação e Saúde Pública, criou as conferências de saúde, que seriam realizadas a cada dois anos sem a participação da Sociedade. Essa concepção foi a marca de todas as conferências que ocorreram até a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 – um espaço governamental para que os técnicos e o aparelho

burocrático e político pudessem discutir e propor encaminhamentos na área da saúde, na qualidade de uma ação pela e sobre a Sociedade e sem a presença dela.

Ao todo, dezessete conferências foram realizadas até 2025, sendo: sete entre 1941 a 1980, que não contaram com participação da Sociedade em seus espaços de discussão; uma já durante a democratização do País e antes do advento da CRFB/1988, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e que, como já visto, acabou se constituindo em um paradigma no âmbito da saúde, pois formulou o direito à saúde, e um Sistema Único de Saúde lastreado na participação da Sociedade em sua construção e concretização; e nove conferências após a promulgação da CRFB/1988, que foram organizadas sob o pálio da participação popular. Os temas e anos da realização destas conferências foram:

Quadro 1 - Temas e anos da realização das conferências nacionais²⁹ de saúde

| Conferência | Tema | Ano |
|-------------|--------------------------------------------------------|------|
| 1ª | Situação sanitária e assistência dos Estados | 1941 |
| 2ª | Legislação referente à higiene e segurança no trabalho | 1950 |
| 3ª | Descentralização na área da saúde | 1963 |
| 4ª | Recursos humanos para as atividades de saúde | 1967 |

29 Em consonância com o desenvolvido neste estudo, é possível considerar as sete Conferências Nacionais de Saúde que antecederam a VIII Conferência Nacional de Saúde, como carecedoras de legitimidade, por ausente a participação da Sociedade. A VIII Conferência Nacional de Saúde representa aquela que funda um novo paradigma participativo na área da saúde. As seguintes, com base na construção do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na Reforma Sanitária Brasileira, na VIII Conferência Nacional de Saúde CNS e no texto da CRFB/1988, possuem a legitimidade advinda da participação da Sociedade em sua construção e realização. Entretanto, deve ser destacado que, apesar de todo o processo participativo em que se consubstanciam a realização da Conferência no pós-CRFB/1988, elas não possuem instrumentos que possam garantir que suas deliberações sejam efetivamente implementadas.

| Conferência | Tema | Ano |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 5ª | Constituição do sistema nacional de saúde e sua institucionalização | 1975 |
| 6ª | Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde | 1977 |
| 7ª | Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos | 1980 |
| 8ª | Saúde como direito inerente à cidadania e a personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor saúde | 1986 |
| 9ª | Municipalização é o caminho | 1992 |
| 10ª | Construção do modelo de atenção à saúde | 1996 |
| 11 | Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social | 2000 |
| 12 | Saúde como direito de todos e dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos | 2003 |
| 13 | Políticas de Estado e desenvolvimento | 2007 |
| 14 | Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro | 2011 |
| 15 | Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro | 2015 |
| 16 | Democracia e Saúde | 2019 |
| 17 | Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia | 2023 |

Fonte: Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2025.

Feitas essas considerações introdutórias, torna-se necessário compreender como funcionam e o que são esses espaços denominados conferências de saúde. Inicialmente, frisa-se que do mesmo modo que

a participação popular não é algo exclusivo da esfera da saúde, tanto as conferências quanto os conselhos também não o são, sendo organizadas em várias outras áreas nas quais se discutem a construção de direitos humanos/fundamentais e a formulação de políticas e ações públicas para concretizá-los.

Guizardi *et al.* (2004, p. 16) discorrem 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 do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema.

A partir da Lei n. 8.142 de 1990, as conferências de saúde serão realizadas ordinariamente de quatro em quatro anos, tendo por objetivo a formulação das diretrizes que nortearão as políticas públicas de saúde no quadriênio. Elas são constituídas em todos os entes federativos, assim, traduzem-se em um processo que se iniciará pelas conferências municipais, as quais definirão as diretrizes municipais para a área da saúde e escolherão delegados(as) para comporem as conferências estaduais, que também definirão as diretrizes estaduais³⁰ para a área da saúde e escolherão delegados(as) a comporem a conferência nacional. Portanto, esse processo se constitui, pelo menos formalmente, da base para cima, com base nas orientações da convocatória da Conferência Nacional de Saúde.

30 No caso do Distrito Federal, não existem conferências municipais, por não ser este ente federativo dividido em municípios na qualidade membros da federação brasileira.

Segundo Krüger (2008, p. 86), considerando a sua própria essência,

[...] as Conferências são espaços mais amplos de participação do que os Conselhos, por serem mais informais e envolverem plenárias ascendentes nas diferentes esferas da federação. Através das pré-conferências são mobilizados núcleos organizados desde a esfera inframunicipal, que de outra forma teriam dificuldades de tomar conhecimento das pautas que envolvem a gestão das políticas sociais.

A competência para convocação das conferências de saúde é do Poder Executivo, ordinariamente e, extraordinariamente, poderá ser feita por este ou pelo Conselho de Saúde (Brasil, 1990). No mesmo sentido, não existe óbice para que a convocação ordinária seja feita pelo Conselho, caso haja a negativa do Executivo em convocar a Conferência, apesar de devidamente cientificado para fazê-lo.

A composição dos(as) delegados(as) das conferências deve ser metade de representantes dos(as) usuários(as) e metade dos outros segmentos, que não são explicitados na Lei n. 8.142, de 1990, em seu artigo 1º, § 4º, mas se constituem pelos(as) representantes do governo, dos(as) trabalhadores(as) da saúde e dos(as) prestadores(as) de serviços do SUS. É o que tem sido corroborado pelas disposições do Conselho Nacional de Saúde, pelos regimentos e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (Escorel; Bloch, 2005).

Afirma Côrtes (2009, p. 117) que, por si só, a representação da Sociedade nas conferências, a partir da 8ª, muitas vezes em maioria dos(as) conferencistas e observadores(as),

[...] não significa que esses atores sejam os principais formadores das agendas de discussões das conferências, hegemonizem seu processo decisório ou ocupem posições hierarquicamente superiores na rede de relações sociais que se forma nas conferências.

Portanto, o papel da Sociedade nesse espaço coletivo dependerá da forma como se manifestará e da sua capacidade de mobilização com vistas a influenciar concretamente as construções de políticas de saúde voltadas para as necessidades humanas fundamentais da coletividade.

A forma como as conferências virão a funcionar será definido em seu regimento, que deverá ser formulado pelo conselho de saúde do ente federativo respectivo mediante proposta de resolução, que para ter validade deverá ser homologa pelo(a) gestor(a) municipal.

Frisa-se que as conferências se concretizam como espaços complexos, organizados por meses, envolvendo muitos atores sociais nesse processo. Entretanto, não existem garantias que tal processo se consubstancie concretamente em espaço de ágora da cidadania participativa, pois dependerá das relações, das forças sociais e políticas e da conjuntura econômica e política que refletirão diretamente no processo (Côrtes, 2009; Krüger, 2008; Escorel; Bloch, 2005). O próprio processo de construção da conferência, por ser deflagrado no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, representará a correlação de forças entre os atores sociais envolvidos na sua elaboração. Portanto, a forma como estiverem estruturadas as “relações sociais configuradas no conselho, a cada conjuntura em que se desenvolve o processo, contribui para a definição dos atores, que terão maiores possibilidades de fazer valer suas posições [...]” (Côrtes, 2009, p. 120).

Por outro lado, mesmo com esse cenário, Escorel e Bloch (2005, p. 112) dizem que as conferências

[...] criadas como mecanismo de controle das instâncias estaduais durante o Estado Novo e transformadas em fórum de participação pelo movimento social no início da Nova República, desde a oitava edição as CNS tiveram importância significativa na construção e no aprimoramento do SUS. Significativas não só por interferirem nos seus rumos (descentralização) e na elaboração de normas e regulamentações, e por conferirem a legitimidade necessária para as políticas de saúde, mas também, e principal-

mente, na constituição de uma arena democrática de debate com influência em outras áreas governamentais [...].

Entretanto, deve-se destacar que, mesmo devendo aspirar a representação dos interesses coletivos, as conferências, durante o seu processo de funcionamento e em funções dos atores sociais e dos interesses envolvidos, perdem ou podem perder, em vários momentos, o sentido de ágora e de expressão da soberania participativa, por serem priorizadas as “necessidades de determinados grupos sociais ou interesses corporativos” (Krüger, 2008, p. 86), em detrimento da dignidade humana e dos princípios da universalidade e integralidade. Nesse sentido, deixa-se de lado o espírito de *Civitas* da Sociedade e norteiam-se pelas práticas da representação política tradicional.

5.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE

Antes de adentrarmos na análise dos conselhos de saúde, será realizada uma contextualização do que são essas instâncias conselhistas, entendidas como manifestação do controle social da Sociedade em relação ao Estado, criadas dentro do atual (a partir da CRFB/1988) cenário tendo por base a manifestação da Sociedade e não o Estado. Apesar de constituídas dentro do aparelho normativo estatal, têm a sua concepção formulada pela Sociedade, o que importa em dizer que se constituem em instâncias público-coletivas e não somente públicas estatais.

Esses espaços participativos recebem diversas denominações, entre elas: conselhos gestores de políticas públicas (Gohn, 2007; Gohn, 2010e; Kleba *et al.*, 2010; Lubambo; Coutinho, 2004; Fuks; Perissinotto, 2006; Lüchmann, 2008); conselhos paritários de direitos e de políticas sociais (Krüger, 2000); conselhos de políticas sociais e de direitos (Bravo, [s/d]); conselhos de políticas públicas (Carneiro, 2002). Entretanto, possuem uma característica comum: organizados de demandas da Sociedade e na esteira do processo de redemocratização e de consolidação e ampliação da democracia, têm em sua pauta a postulação por direitos

e a construção de novos direitos, no âmbito de um espaço de coabitação entre o Estado e a Sociedade, ou seja, entre a democracia representativa e o monismo jurídico e a cidadania participativa e o pluralismo jurídico e político. Possuem, portanto, um caráter de fortalecimento da cidadania e de concretização de direitos, mediante a participação do processo de gestão de ações públicas nas suas áreas de atuação.

Gohn (2007) apresenta três vertentes da experiência conselheirista brasileira no século XX: a) aqueles que foram originados do Poder Executivo como instrumento de mediação com os movimentos sociais, como os conselhos comunitários criados na década de 1970 em São Paulo. Esses conselhos não possuíam caráter deliberativo, mas apenas deveres e obrigações consultivas; b) os denominados populares, surgidos entre a final da década de 1970 e início da década de 1980, surgidos dos movimentos e de setores organizados (setores de oposição ao regime militar) da Sociedade, como formas de estabelecer relações e processos de negociação com o poder público. Eles recebem um papel privilegiado das administrações petistas da década de 1980; e, c) os institucionalizados pelo Estado por meio de leis elaboradas pelo Poder Legislativo, advindos da luta e da organização da Sociedade. Esse é caso dos conselhos de políticas públicas, entre os quais se enquadram os de saúde.

Essa estrutura conselheirista se configura por meio das legislações elaboradas nas esferas nacional, distrital, estadual e municipal e nas diversas áreas onde estão instituídos. Ainda deve ser destacado que podem existir conselhos regionais ou locais, dependendo do contexto e da vontade política, das forças políticas e sociais envolvidas no processo de criação desses espaços coletivos de exercício da cidadania participativa.

Para Santos Júnior (2003, p. 37), os conselhos municipais podem ser definidos como

[...] canais institucionalizados de participação da sociedade, temáticos, ligados a políticas específicas, deliberativos [ou não], abrangentes e permanentes. Os conselhos não são canais de par-

ticipação dos cidadãos como indivíduos, mas espaços de participação de setores organizados da sociedade. [...] Assim, podemos caracterizar os conselhos como órgãos normativos que atuam, sobretudo, sobre políticas regulatórias.

Portanto, no exercício dessa função de participar do processo de elaboração das ações estatais em áreas de interesse coletivo, como a saúde, os conselhos acabam se constituindo em um espaço de disputa e de tensão pelo controle dos fundos públicos, o que, por conseguinte, determinará como estes serão aplicados, conforme as prioridades que restarão definidas (Rangel, 2003). Assim, ele se constitui em um *locus* no qual os interesses privados e públicos a serviço do privado confrontam-se com os interesses públicos-coletivos, que procuram impedir a mercantilização desses serviços que se simbolizam a concretização dos direitos humanos/fundamentos de natureza coletiva.

Eles representam e se constituem em “um processo potencialmente alternativo às práticas clientelistas, na medida em que ‘publicizam’ e tecnicizam o processo demandas no interior do Estado, nos marcos de um pacto democrático” (Carvalho, 1997, p. 99).

Na mesma linha, afirma Carvalho (1997, p. 104) que

Os Conselhos podem então ser vistos como estruturas permanentes, de caráter público, à luz do pacto do bem-comum estabelecido para a saúde, examina e acolhe demandas, compatibiliza interesses e chancela uma agenda setorial ‘de interesse público’, capaz então de paramentar a ação do Estado. Seu lugar ou papel no sistema estatal de formulação e implementação de políticas seria o de, operacionalmente, estabelecer ou discriminar aquilo que é o interesse público, no processo cotidiano do processo de apresentação de demandas e conflito/pactuação de interesses. Muito mais do que uma ‘porta de acesso’ ao aparelho estatal e seus mecanismos decisórios, os Conselhos são, para os diversos grupos de interesse, uma arena de tematização e publicização de seus interesses específicos. Embora sejam detentores de poderes

legais, sua principal característica não é a de operar com os poderes de governo e sim processar interesses de modo a estabelecer o interesse público.

Segundo Gohn (2007, p. 85 e 88), eles representam a grande novidade na definição da política e das ações estatais, com base no paradigma da CRFB/1988. Por conseguinte, entende a autora que os conselhos gestores se constituem como

[...] novos instrumentos de expressão, representação e participação; em tese, eles são dotados de potencial de transformação política. Se efetivamente representativos, poderão imprimir um novo formato às políticas sociais, pois se relacionam ao processo de formação de políticas e tomada de decisões. Com os conselhos, gera-se uma nova institucionalidade pública. Eles criam uma nova esfera social-pública ou pública não-estatal. Trata-se de um novo padrão de relações entre Estado e sociedade, porque eles viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços nos quais se tomam as decisões políticas.

Cardoso (2004) destaca que a criação dos conselhos gera a expectativa de se conseguir estabelecer um consenso entre as forças sociais e política acerca da implantação e exercício de uma política pública. Em algumas situações, para os(as) gestores(as), cria-se o conselho esperando que este possa resolver aquilo que os canais administrativos e técnicos tradicionais não conseguiram resolver. Esse contexto pode levar a um desinteresse tanto do(a) gestor(a) quanto dos movimentos sociais que compõem a sociedade em relação à prática conselhistas, por não vislumbrar o processo, mas tão somente resultados imediatos.

Inicialmente, deve-se destacar que os conselhos de saúde não nasceram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e nem a partir da CRFB/1988 ou da Lei n. 8.142 de 1990. Eles existiram tanto na forma de

organização autônoma da Sociedade quanto dentro da estrutura oficial do Estado. Dentro da estrutura oficial do Estado, podemos destacar o prescrito pelo Decreto n. 169 de 1890, pela Lei n. 378 de 1997 e pelo Decreto n. 67.300 de 1970.

O Decreto n. 169 de 1890 criou, no início da República, o Conselho de Saúde Pública, sendo que seus artigos 1º e 3º dispunham:

Art. 1º. Haverá na Capital da Republica dos Estados Unidos do Brazil um conselho de saude publica, especialmente incumbido de interpôr parecer ácerca das questões de hygiene e salubridade geral sobre que for consultado pelo Governo.

[...]

Art. 3º. O conselho de saude publica se comporá dos inspectores geraes de hygiene e de saude dos portos, dos cirurgiões-móres do Exercito e Armada, do director e lente de hygiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, lente de construcção e architectura civil da Escola Polytechnica, do presidente da Academia Nacional de Medicina, de um membro do Conselho de Intendencia Municipal, do inspector geral das obras publicas, do engenheiro sanitario da Inspectoria Geral, do engenheiro fiscal da Companhia City Improvements e do director do serviço sanitário da Santa Casa da Misericórdia.

O Ministro do Interior, que será o presidente do conselho, designará um dos membros do mesmo conselho para substitui-lo, em seus impedimentos, na direcção dos trabalhos. (Brasil, 1890 – *redação original*)

A Lei n. 378 de 1937 trazia a previsão de um Conselho Nacional de Saúde vinculado ao Ministério de Educação e Saúde. Já em 1970, por meio do Decreto n. 67.300, restou (re)organizado o Conselho Nacional de Saúde, composto por 15 membros(as), dentre os(as) quais burocratas, técnicos(as) e até um representante das forças armadas, sem no entanto, contar com representantes da Sociedade, o que era de se esperar dentro

do contexto da ditadura que regia o País. O citado decreto definia esse Conselho como um

[...] órgão de consulta, integrante do Ministério da Saúde compete examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da Saúde, que sejam submetidas à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação. (Brasil, 1970)

Portanto, a concepção de conselhos de saúde que se consubstancia como espaço de exercício da cidadania participativa não tem sua origem nessas experiências formalistas, burocratizadas e autoritárias que se resumiam a esfera nacional e não tiveram sua origem da organização da Sociedade. A experiência conselhistas que se traduziu como expressão da República Participativa criada pela CRFB/1988 tem sua base nas lutas sociais e nas mobilizações da Sociedade contra a ditadura militar.

Ao se fazer uma análise das realizações do SUS, constata-se que a descentralização da gestão e da proliferação dos conselhos foram “inovações que ‘pegaram’” (Carvalho, 1997, p. 94). Eles se constituem em “uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais” (Labra, 2005, p. 353) e se configuram no principal espaço de concretização na cidadania participativa em saúde, conforme preconizado pela CRFB/1988 (Gershman, 2004).

O Brasil possui mais 5.600 conselhos de saúde³¹ organizados em todos os entes federativos (Federal – Conselhos Nacional de Saúde; Es-

31 O conselho nacional de saúde foi criado e organizado pelo Decreto n. 99.438 de 1990, que dispunha sobre a composição do conselho. Um ponto negativo desta norma era a determinação que o Ministro da Saúde seria automaticamente o presidente do conselho (Brasil, 1990). Esse decreto acabou revogado pelo Decreto n. 5.839 de 2006, que acabou evoluindo em aspectos de independência do conselho em relação ao gestor, que estabeleceu entre outros avanços, que: “**Art. 6º.** O Presidente do CNS será eleito, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto, na reunião em que tomarem posse os novos membros, votantes somente os membros titulares”. (Brasil, 2006)

tados-membros – Conselhos Estaduais de Saúde (em número de 26); Distrito Federal – Conselho de Saúde do Distrito Federal; os 36 Conselhos Distritais de Saúde Indígenas; e Municipal – Conselhos Municipais de Saúde (5.569 municípios)). (Brasil, 2025b). Além disso, são 16.000 conselhos locais de saúde vinculados às UBS implantadas em todo o território nacional, conforme censo nacional realizado e publicizado na 370ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2025c).

Carvalho (1997, p. 93) diz que

[...] os Conselhos de Saúde são a expressão institucional de uma das idéias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde. Embora assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que corresponderam padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político que, no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde. Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os ‘mecanismos de funcionamento’ do Estado e não só com os ‘resultados distributivos’ de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas ‘Democracia é saúde’ e ‘Saúde é democracia’, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde.

Assim, não se pode vislumbrar a existência do direito à saúde ou do SUS sem a cidadania participativa. A interligação entre ambos constitui as bases dos serviços públicos de saúde, tanto que a prestação de serviços por órgãos públicos sem a participação popular no seu proces-

so de planejamento e execução não será a expressão do modelo sanitário que foi construído pela Sociedade e que está inserido na CRFB/1988.

Essa experiência popular, para além das instâncias oficiais de exercício da democracia em saúde, surgiu em movimentos conselhistas de caráter popular na década de 1980, não somente na área da saúde e que ainda continuam existindo ao lado dos instituídos em lei (Gohn, 2010d; Gohn, 2007). Rangel (2003) cita, no caso de Angra dos Reis (RJ), os conselhos criados no âmbito das unidades básicas de saúde (UBS) na década de 1980, quando da construção das Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham por escopo debate e reivindicar ações no âmbito de cada UBS. Ele destaca que, mesmo após a criação do Conselho Municipal de Saúde e por ação deste, foram criados conselhos distritais, mantidos os conselhos locais nas UBS e também um conselho gestor na Santa Casa de Misericórdia.

Para Gohn (1997), apesar de seu caráter participativo, em regra, esses conselhos populares de saúde, que têm sua origem nas lutas do movimento sanitário, tinham no seu início uma pauta para demandas que se concentravam mais na área do saneamento e da infraestrutura do que especificamente em ações de saúde. Entretanto, apesar de sua configuração participativa e representativa da Sociedade, não possuíam capacidade de atuar na gestão dos recursos públicos e eram também desprovidos da capacidade deliberativa, o que, por consequência, constituía-se um entrave para o exercício do papel fiscalizador e para controle social da gestão pública em saúde.

A despeito de os conselhos populares de saúde terem influenciado os conselhos regulados pela Lei n. 8.142 de 1990, eles diferem em relação aos que adotam a participação da Sociedade com base nos representantes dos usuários do SUS, que exercerão a construção da democracia participativa em suas instâncias. Entretanto, destaca-se que, apesar dessa “representação”, não se constituem em um espaço de exercício da democracia representativa aos moldes do paradigma moderno liberal.

A Lei n. 8.142, de 1990, rezou que os conselhos seriam criados em cada instância correspondente, ou seja, em cada ente federativo, seja federal, estadual, distrital ou municipal. Portanto, a criação dos conselhos não é uma faculdade, mas uma obrigação. Ademais, de modo diverso das conferências, os conselhos são órgãos permanentes, com reuniões periódicas e com procedimentos que devem ser definidos em seu regimento interno. Outra característica dos conselhos é a sua competência deliberativa, que significa que este não só opina sobre as políticas de saúde, mas também decide.

No que tange à composição dos conselhos, como já estudado, será de metade de usuários(as) do SUS e outra metade por profissionais de saúde, representantes de órgãos públicos e prestações de serviços do sistema (sem que a lei disponha como será a proporcionalidade das vagas entre eles). Esses(as) membros(as) do conselho serão representantes dos setores que o compõem e não indivíduos isolados.

Em não tratando a Lei Federal (8.142/90) de que forma feita a distribuição proporcional das vagas entre os segmentos dos órgãos de governo, dos(as) prestadores(as) de serviço e dos(as) trabalhadores(as) de saúde, coube tal responsabilidade às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde com base nas contribuições dos Relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e às leis estaduais, distrital e municipais, que teriam a competência da criação dos conselhos na esfera de cada ente federativo correspondente.

A Resolução n. 33, de 1992, do Conselho Nacional de Saúde, foi o primeiro documento conselhistas de saúde a procurar apresentar parâmetros para a composição dos conselhos de saúde. No ano de 2003, a citada resolução restou revogada pela Resolução n. 333 do Conselho Nacional de Saúde de 2003, que aprovou “Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”. Já em 2012, foi aprovada e homologada pelo gestor federal a Resolução n. 453 do Conselho Nacional de Saúde, que adequou os textos anteriores às alterações realizadas nas legislações de saúde e dos relatórios finais das

Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a edição da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 333 de 2003.

Constata-se que as citadas resoluções definiram que os conselhos deveriam ser compostos de 50% de usuários(as), 25% de entidades dos trabalhadores(as) da saúde e 25% de representantes do governo e dos(as) prestadores de serviço. Entretanto, apesar do disposto nas resoluções, ressalta-se que tais textos não vinculam automaticamente os entes federativos no momento de elaboração de suas legislações acerca dos conselhos (Brasil, 1992; Brasil, 2003; Brasil, 2012).

A competência deliberativa dos conselhos envolve tanto a “formulação de estratégias” quanto o “controle da execução da política de saúde” do ente federativo correspondente (Brasil, 1990). No entanto, destaca-se que a exigência para que as decisões do conselho sejam homologadas pelo(a) gestor(a) e a ausência de previsão do que poderá ser feito caso essa homologação não seja realizada são um problema que já nos referimos antes.

Krüger (2000, p. 122) afirma que,

Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

Eles podem, a partir desse processo participativo, ampliar a visibilidade, o controle social, a defesa dos interesses da coletividade, a ampliação e radicalização da democracia e consolidação de uma cultura política que faça frente às práticas autoritárias e a privatização dos espaços públicos e das políticas públicas, a exemplo da saúde (Pereira, Vieira, 2020; Behring; Boschetti, 2017; Vieira, 2013; Ilíbio; Vieira, 2020).

Segundo Santos Júnior (2005, p. 24), os conselhos municipais (dentro os quais os da saúde)

[...] são canais institucionais com potencial de se tornarem arenas de interação entre o governo e a sociedade, por meio da expressão dos interesses coletivos, da mediação de conflitos e da construção de consensos. No entanto, ainda constatamos um precário investimos nesse modelo e a ausência de uma política de incentivo à cultura cívica. Apenas uma pequena parcela da população tem vínculo associativo e isso impõe limites nas possibilidades dos conselhos expressarem os diferentes interesses sociais presente na sociedade.

Destaca Kruger (2000, p. 123) que os conselhos se caracterizam como estruturas colegiadas existentes na esfera estatal e organizados por uma concepção de ampliação da democracia representativa, o que permite o convívio entre a “área de soberania do cidadão” e a “área do poder público”, havendo, portanto, um lócus de práticas representativas e exercício direito da democracia.

Para Carvalho (1997), os conselhos de saúde podem ser definidos como

[...] instâncias públicas de formação de opinião e vontade política, muito mais do que instrumentos do governo ou da sociedade. Atuam na tematização e formulação da agenda pública, muito mais do que na sua execução, na medida em que concedem ou negam a chancela de ‘interesse público’ às demandas e interesses específicos ali apresentados. (Carvalho, 1997, p. 105)

Entretanto, será que conseguem cumprir efetivamente essas prerrogativas formuladas pela Sociedade e normatizadas? Ou apenas são constituídos para possibilitar o repasse de recursos federais para os municípios, tendo em vista a exigência do artigo 4º, II, da Lei n. 8.142 de 1990?

Gohn (2007, p. 88-89) faz um alerta:

Nos municípios sem tradição organizativo-associativa, os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites locais, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de se tornarem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos.

Portanto, em vez de expressarem a participação cidadã da Sociedade, podem acabar se constituindo em mais uma estrutura aparelhada pelo patrimonialismo e clientelismo, legitimando interesses contrários ao SUS, que se traduzem na apropriação privada do patrimônio que é da Sociedade.

Diz Labra (2005, p. 354) que os conselhos de saúde, no contexto concreto, “enfrentam enormes problemas de funcionamento, os quais incidiriam, em última instância, na legitimação e eficácia dessas arenas”.


Aduz Carvalho (1997, p. 97 – grifo nosso) que,

Embora com identidade e atribuições legais formalmente definidas, os Conselhos, na verdade, iniciaram e ainda hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambiguidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram. **Pertencem ao governo ou a sociedade? Devem governar ou fiscalizar?** Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimoras seus mecanismos de acompanhamento?

Mas como se desenvolve concretamente essa participação da Sociedade no espaço de exercício da cidadania e gestão dos interesses coletivos que se configuram os conselhos de saúde? Será que essa estrutura surgida da Sociedade ainda mantém a concepção de expressão de radicalização da cidadania e formulação do direito para além do monismo

e do formalismo estatal ou se constitui apenas em mais uma estrutura burocratiza dentro da esfera estatal? Será que a sua estrutura organizativa e funcionamento reforçam o paradigma monista e representativo ou permitem apontar a construção de elementos de uma nova matriz paradigmática, amparada na pluralidade política e jurídica e no exercício da cidadania participativa?

Assim, tendo em vista a inserção do direito à saúde na CRFB/1988, procura-se verificar se o atual paradigma jurídico e político dos conselhos de saúde tem se coadunado com a cidadania participativa advinda da República Participativa e contribui com a proteção e a concretização da saúde como um bem coletivo da Sociedade ou se apenas se constitui em mais uma estrutura criada pela Sociedade que foi apropriada pelos interesses hegemônicos do paradigma da cidadania representativa e do monismo jurídico, servindo para legitimar a privatização dos interesses públicos e coletivos. São questionamentos o que se procurará desenvolver no próximo capítulo, com base na matriz teórica formulada no decorrer desta pesquisa.



A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO JURÍDICO E POLÍTICO DOS CONSELHOS DE SAÚDE E SUAS LIMITAÇÕES: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS RESOLUÇÕES N. 33 DE 1992, N. 333 DE 2003 E N. 453 DE 2012

A Lei n. 8.142 de 1990 tratou da participação popular em saúde, que foi atribuída às conferências e aos conselhos de saúde. Entretanto, a legislação limitou-se a conceituar tais institutos, o caráter deliberativo dos conselhos e a obrigatoriedade de serem constituídos metade por representantes dos usuários do SUS e metade de representantes do governo, prestadores(as) de serviços e trabalhadores(as) da área da saúde.

A competência para a criação dos conselhos estaduais, distrital e municipal restou à legislação respectiva, no âmbito de cada ente federativo.

Com base nas discussões realizadas nas conferências nacionais de saúde, o Conselho Nacional de Saúde aprovou diretrizes para a organização, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Elas foram consubstanciadas em resoluções que foram homologadas pelo gestor e publicadas no Diário Oficial da União. Ao todo foram aprovadas três resoluções: a) n. 33 de 1993 (já revogada); b) n. 333 de 2003 (já revogada); e c) n. 453 de 2012 (em vigor). Apesar de tais resoluções não vincularem formalmente os entes federativos na elaboração das respectivas leis de criação dos conselhos de saúde, entendemos que essas prerrogativas devem ser respeitadas, por serem produto de um processo participativo, iniciadas nos fóruns de agora das conferências nacionais de saúde e concretizadas no âmbito no conselho nacional de

saúde. Nesses espaços participativos, a Sociedade, a partir da análise do SUS pensado e concretizado, do controle social pensado e concretizado, apresenta formulações que podem responder tanto aos desafios e limites do SUS quanto do controle social em saúde, em especial, no âmbito dos conselhos de saúde.

Na 11ª CNS, os(as) participantes, ao analisarem a realidade dos conselhos, concluíram que

Os Conselhos de Saúde carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo. O Conselho é um espaço que deve sempre questionar se estão sendo respeitadas as diretrizes do SUS frente a cada iniciativa do Sistema: garante-se o acesso universal, a integralidade do Sistema, a equidade na alocação de recursos? o controle e a participação sociais? que fonte paga a iniciativa, qual o custo/benefício da mesma? [...]

Os Conselhos de Saúde carecem de autonomia frente ao Executivo, pois muitos não têm orçamento próprio, e outros são instituídos por decreto e não através de Lei. São comuns os “Conselhos Cartoriais”, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários, comprometendo a autonomia política. São ainda apontados vícios na elaboração dos regimentos dos Conselhos e Conferências, que nem sempre são discutidos de forma democrática com os conselheiros. Em suma, os atuais instrumentos para a garantia da autonomia dos Conselhos frente ao gestor são insuficientes para evitar a dependência, a concentração e o abuso do poder.

Há também falta de compromisso político e perfis inadequados de determinados gestores, com falta de responsabilidade e de compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de Controle Social do SUS. (Brasil, 2003, p. 44)

A existência de “conselhos cartoriais” tem, na maioria das vezes, apenas o objetivo de cumprir a exigência formal da Lei n. 8.142 de 1990 e permitir que o ente federativo correspondente possa receber o repasse das verbas dos fundos da área da saúde.

Pereira e Vieira (2020, p. 195) desenvolvem sobre esse contexto de existência de conselhos apenas formais, conforme destacam:

[...] cabe também uma crítica a outro fenômeno, o do funcionamento proforma do conselho como um mero espaço subordinado à legitimação dos atos do poder público local, reflexo do poder político-econômico, quando não com a cooptação de conselheiros, descaracterizando-se assim o conselho como um importante espaço de participação cidadã e de controle social das políticas públicas.

As críticas apontadas no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde também advêm da falta de conhecimento, tanto dos(as) conselheiros(as) quanto da Sociedade como um todo, em relação ao papel do Conselho de Saúde, seus objetivos e atribuições, refletindo-se nessa apatia em dele participar, e desconhecimento inclusive do processo de indicação ou eleição das entidades representativas dos(as) usuários(as) (Labra, 2005).

Prescreve Balsemão (2003, p. 312) que

Situações de desrespeito a direitos no SUS desafiam os conselhos e conselheiros de saúde que estão em todos os municípios e Estados de nosso País, lutando por esses direitos e defendendo o SUS em circunstâncias que nem o próprio gestor do SUS defende; tendo que lutar contra toda a pressão da indústria da doença, que torce para que a saúde pública não funcione; tendo muitas vezes que resistir à pressão de administradores públicos que continuam desrespeitando o caráter deliberativo e fiscalizador do conselho de saúde; tendo que enfrentar a visão privatista de segmentos e representantes atuando no Conselho de Saúde e que

disputam, inclusive, sua presidência. [...] Inúmeros têm sido os casos em que administradores públicos têm tentado e, em muito conseguido, mudar as leis dos conselhos para retirar conselheiros e entidades combativas na defesa do controle social do SUS e que nem sempre compartilham com as posições da Administração.

Assim, os textos das resoluções procuraram responder às dificuldades e aos limites organizacionais e estruturais dos conselhos de saúde. Elas se constituem em um direito que não se limita ao monismo jurídico, mas se fundamenta em um lócus de desenvolvimento do pluralismo jurídico comunitário e participativo, em um contexto que procura coabitar a cidadania participativa e a cidadania representada.

Um ponto a ser destacado é que tanto os conselhos quanto as conferências não são os únicos espaços de exercício do controle social. Conforme o Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde,

A prática do controle social sobre as políticas e atividades envolvidas com a seguridade social e promoção da qualidade de vida da população é componente intrínseco da democratização da sociedade e do Exercício da Cidadania. Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independentemente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde. (Brasil, 1993, p. 33)

Outrossim, no que tange às resoluções, elas possuem, em sua essência, a contribuição da Sociedade. Isso fica mais claro ao se verificar que as discussões norteadoras da sua construção tiveram origem em um processo de elaboração societária, iniciado na convocação das conferências municipais, e na sua realização pelos conselhos de saúde e gestores(as) municipais, que continuou nas conferências estaduais e distrital, convocadas pelos conselhos estaduais e distrital e realizadas por estes e pelos(as) gestores(as) estaduais e distrital, que veio a culminar nas Conferências Nacionais de Saúde. Portanto, esse direito formulado e consubstanciado nas resoluções não pode ser entendido apenas como um direito meramente estatal. Não. Ele possui o “cumpra-se” do Estado, mas a sua elaboração é fruto da Sociedade, na qualidade de um processo participativo, que somente se tornou possível no contexto da República Participativa de 1988.

Para Hermany (2007, p. 261), ainda é preciso reforçar os espaços que permitam a articulação e a participação da Sociedade, a partir de

[...] estratégias de descentralização de poder e, conseqüentemente, de construção de uma democracia local como fundamento fático para a atuação dos atores sociais no sentido de estabelecer o controle social das decisões públicas no contexto sociopolítico da pós-modernidade.

Apesar de a República Participativa advinda da CRFB/1988 concretizar um direito de construção societária, ela se desenvolve tendo por referência o entendimento do SUS como um patrimônio público e não como um patrimônio da Sociedade (embora se procure mudar essa concepção, como já destacado no tema da 14ª Conferência Nacional de Saúde), ao qual cabe proteção tanto pelo Estado quanto pela própria Sociedade (Pilati, 2012).

A necessidade de mudar essa concepção e essas práticas, as quais, ao invés de reforçarem o SUS e a participação cidadã, fragilizam o sistema e tornam mais resistente o privado em detrimento do público-co-

letivo, nada mais é do que uma questão de fazer valer a existência do modelo pensado pela Sociedade e que restou inserido na CRFB/1988. Entretanto, essa tarefa não é fácil, pois são práticas enraizadas tanto no individual quanto no coletivo, e que produzem ações que procuram desestruturar o SUS e a cidadania em saúde.

Aduz Wendhausen (2002, p. 91-92) que,

Se tomarmos o controle social referido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como imaginá-lo efetivo diante deste quadro histórico de sujeição do usuário frente ao sistema de saúde? Como imaginar um sujeito com autonomia suficiente para colocar-se diante dos diversos atores que compõem um Conselho de Saúde, por exemplo, exercendo um poder e um saber representativo e legítimo, quando este lhe foi expropriado ao longo de, pelo menos, dois séculos? Se considerarmos que a idéia de controle social está fortemente vinculada por toda uma tradição de análise sociológica como ‘rede de relações de poder’, não poderiam se tornar os Conselhos de Saúde uma instância a mais (e ainda mais sutil) desse controle, na medida em que a democracia é tomada apenas como discurso e não como prática efetiva? Esse poder dos cidadãos de participar diretamente das políticas de saúde não pode também ser-lhes retirado na medida em que foi ‘doado’ (instituído) pelo Estado-guardião?

A realidade de disputa entre projetos diferentes acerca do SUS e da participação cidadã reflete-se no texto das resoluções e nas dificuldades existentes para efetuar uma radicalidade democrática (Mouffe, 1996) em um cenário de descentralização do poder e fortalecimento do espaço local, e que se concretizaria com o empoderamento dos conselhos e com o reconhecimento da existência de soberania da Sociedade em seu âmbito, que pudesse ser oposta inclusive frente ao Estado.

Nesse sentido, como forma de compreender esse direito produzido pelo controle social em saúde, na esteira da construção de parâmetros que possam contribuir para dar resposta as inquietações desta

pesquisa, dividiu-se a análise dos textos das resoluções em dois eixos: 1) organização interna dos conselhos de saúde; e 2) estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde.

6.1 ORGANIZAÇÃO INTERNA DOS CONSELHOS DE SAÚDE À LUZ DAS RESOLUÇÕES N. 33 DE 1992, N. 333 DE 2003 E N. 453 DE 2012

No quadro construído adiante, que trata do primeiro eixo selecionado, foram definidos quinze itens a serem investigados no corpo das Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012.

Os dados analisados nas três resoluções concernentes à organização interna dos conselhos de saúde permitem constatar que a Resolução n. 453 de 2012 veio incorporar discussões dos espaços participativos da área de saúde, a exemplo do que se observa no item que diz respeito à forma de escolha das entidades que comporão os conselhos, principalmente no que diz respeito aos segmentos dos(as) usuários(as), dos(as) prestadores(as) de serviços e dos(as) trabalhadores(as) da saúde. Assim, de forma diferente das duas primeiras resoluções, a de n. 453 de 2012 aponta a necessidade de que as entidades que comporão os conselhos sejam eleitas, e não indicadas, como é a regra no corpo da lei. Para Balsemão (2003, p. 306), “a forma mais democrática, parece-nos, é a eleição das entidades na conferência de saúde correspondente”, conforme rezava em parte a Resolução n. 333 de 2003. Essa mudança de concepção pode contribuir para evitar o engessamento da possibilidade de ampliação da participação da Sociedade e favorecer aos seus interesses na construção e na implantação dos serviços de saúde previstos pelo SUS, e não aos interesses dos(as) governantes.

No que diz respeito à presidência ou à coordenação dos Conselhos de Saúde, as três resoluções indicaram que esse cargo deveria ser escolhido por meio de eleição, realizada no plenário dos Conselhos nos moldes das deliberações da 10ª Conferência Nacional de Saúde, e não

por indicação do(a) gestor(a) ou previsão em lei que estabeleça que a presidência ou a coordenação seja exercida pelo Secretário(a) de Saúde.

Essa preocupação é apontada por Balsemão (2003, p. 307):

É significativo o número de conselhos de saúde que conseguem eleger seus presidentes, mas é importante destacar um fenômeno que deve ser objeto de estudo e acompanhamento: os conselhos de saúde continuam sendo presididos pelos gestores do SUS em cada esfera de governo. [...] se o gestor é o presidente do conselho de saúde, que é a instância deliberativa e fiscalizadora do SUS, ele é fiscal de si mesmo, portanto homologa as resoluções que ele mesmo assina como presidente.

Em relação ao número de conselheiros(as), não cabia à Resolução n. 453 de 2012 definir um número mínimo e máximo, como o fez a de n. 33 de 1992, devendo tal matéria, como restou definido nas outras resoluções, ser construída pelos conselhos de saúde. Deve ser destacado que essa construção ou qualquer alteração na legislação e no regimento dos conselhos precisa ser precedida do mais amplo debate possível com a Sociedade, e não podendo ficar restrita apenas a uma deliberação formal do plenário dos conselhos. Ademais, diferentemente das duas primeiras resoluções, a Resolução n. 453 de 2012 foi silente em relação ao mandato do conselho, deixando tal assunto à iniciativa e ao contexto de cada Conselho de Saúde, dispondo apenas em relação à necessidade de renovação das representações, com o objetivo de impedir a ocupação da representação do Conselho como extensão de determinada(s) entidade(a) ou setores.

Quadro 2 – Organização interna dos conselhos de saúde

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N. de conselheiros | 10 a 20 | Definido em lei, após a indicação do plenário dos conselhos e das conferências de saúde. | Definido em lei, após a indicação do plenário dos conselhos. |
| Presidência ou coordenação | Eleito(a) pelos pares, em reunião plenária. | O texto segue o disposto na Resolução n. 33 de 1992. | O texto segue o disposto na Resolução n. 333 de 2003. |
| Composição – representação por segmentos do conselho | <p>- paritária entre os(as) usuários(as) e os demais segmentos</p> <p>a) 50% dos(as) usuários(as)</p> <p>b) 25% dos(as) trabalhadores(as) de saúde</p> <p>c) 25% prestadores(as) de serviços (público e privado)</p> | <p>- paritária entre os(as) usuários(as) e os demais</p> <p>a) 50% de entidades de usuários(as);</p> <p>b) 25% de entidades dos(as) trabalhadores(as) de saúde;</p> <p>c) 25% de representação de governo, de prestadores(as) de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.</p> | <p>- paritária entre os(as) usuários(as) e os demais</p> <p>a) 50% de entidades ou movimentos representativos de usuários(as);</p> <p>b) 25% de entidades representativas dos(as) trabalhadores(as) de saúde;</p> <p>c) 25% de representação de governo e prestadores(as) de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.</p> |
| Mandato | <p>- Dois anos, devendo estar previsto em seu Regimento Interno;</p> <p>- Não deve coincidir com o dos governantes do ente federativo respectivo.</p> | O texto segue o disposto na Resolução n. 33 de 1992. | Não discorre sobre o assunto. |

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Entidades ou setores que podem ter representantes nos conselhos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - governos; - trabalhadores(as) da área da saúde; - prestadores(as) de serviço de saúde (sendo metade de entidades filantrópicas e metade de não filantrópicas); - usuários(as): a) sindicatos dos(as) trabalhadores(as) urbanos e rurais; b) movimentos comunitários da área da saúde; c) conselhos comunitários, associações de moradores e entidades equivalentes; d) associações de portadores de patologias; e) associações de pessoas com deficiências [No texto fala em portadores de deficiência, terminologia superada e não adequada, tendo em vista que não existe portabilidade desta]; f) entidades de defesa do consumidor. | <ul style="list-style-type: none"> - governos; - trabalhadores(as) da área da saúde: conselhos de profissões regulamentadas e entidades sindicais; - comunidade científica; - entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; - prestadores(as) de serviços em saúde; - entidades patronais; - usuários(as): a) sindicatos dos(as) trabalhadores(as) urbanos e rurais; b) movimentos sociais e populares organizados; c) entidades de aposentados e pensionistas; d) associações de portadores de patologias [pessoas com patologias]; e) associações de pessoas com deficiências; f) entidades de defesa do consumidor; g) entidades ambientalistas; h) organizações religiosas; i) organização de moradores; j) entidades indígenas; e k) movimentos organizados de mulheres em saúde. | <p>O texto segue o disposto na Resolução n. 333 de 2003, apenas acrescentando como exemplos de movimentos sociais e populares organizados, o movimento negro e o LGBT.</p> |

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deve haver eleição das entidades que comporão os segmentos (exceto governo) | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. | Sim. |
| Forma de escolha dos(as) conselheiros(as) | Usuários(as): indicação por suas entidades; Outros setores: não discorre sobre o assunto. | Todos(as) indicados(as) por escrito por suas entidades ou segmentos, respeitado a sua forma de organização e seus fóruns ou procedimentos de escolha dos(as) representantes. | O texto segue o disposto na Resolução n. 333 de 2003. |
| Quem não pode compor o conselho | Não discorre sobre o assunto. | Poder Legislativo e Poder Judiciário. | Poder Legislativo, Poder Judiciário e Ministério Público. |
| Impedimento para ser conselheiro(a) | Não discorre sobre o assunto. | 3ª Diretriz, inciso VI: "A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro". | 3ª Diretriz, inciso VII: "A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a)". |

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Renovação dos(as) mandatos dos conselheiros(as) | Podem ser reconduzidos, conforme critérios de suas entidades. | O texto segue o disposto na Resolução n. 33 de 1992. | Recomenda que sejam renovados no mínimo a cada eleição 30% das entidades que compõem os segmentos, exceto do governo. |
| Função de conselheiro(as) | - De relevância pública. | - De relevância pública; - Garantia de dispensa do trabalho para reuniões, capacitações e outras atividades do conselho. | - De relevância pública; - Garantia de dispensa do trabalho para atividades do conselho; - Deve ser emitida declaração pelo conselho para justificar essa ausência ao trabalho. |
| Estabilidade no emprego para os(as) conselheiros(as) (exceto governo) | Não. | Não. | Não. |
| Remuneração para conselheiros(as) | Não existe. | Não existe. | Não existe. |
| Responsabilidade dos(as) conselheiros(as) | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. | De acordo com a lei, quando no exercício da função. |
| Capacitação dos(as) conselheiros(as) | Não discorre sobre o assunto. | Diz que deve ser “promovida a educação para o controle social [...]” (5ª diretriz, inciso XXII). | Diz que deve “deliberar, elaborar e promover a educação permanente para o controle social [...]” (5ª diretriz, inciso XXIV). |

Fonte: Dados compilados pelo autor com base nas Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012.

A composição do conselho, exceto algumas adaptações, manteve o proposto pelas conferências pós-CRFB/1988 (Brasil, 1993; Brasil, 1998; Brasil, 2003), que, além da paridade (conforme definido pela Lei n. 8.142 de 1990), propuseram que a representação dos segmentos que não com-

põem os(as) usuários(as) fosse distribuída nos seguintes percentuais: 25% entre os(as) trabalhadores(as) da saúde e 25% entre governo e prestadores(as) de serviços do SUS. Entretanto, o que garantirá que essa representação supere os aspectos formais de constituição dos conselhos e quem serão as entidades representantes é a forma de escolha delas e daqueles(as) que as representarão no Conselho de Saúde.

Conforme Labra (2005), o problema da composição, representação e representatividade no âmbito do Conselho de Saúde não é um assunto fácil de ser resolvido. O que se observa, de forma recorrente é que

[...] a composição do CS não segue o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante são mal conhecidos. Ocorrem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos diferentes (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um cargo eletivo (em geral, vereador). O conselheiro é indicado pelo prefeito ou o gestor ou por entidades alheias ao CS [...] ou por agremiações desconhecidas da comunidade. Os prestadores privados praticamente não participam, porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor ou seus funcionários e, quando presentes, coíbem a livre expressão dos demais conselheiros, em particular os do segmento dos usuários. (Labra, 2005, p. 373)

Em virtude desse cenário, as resoluções cresceram, a cada formulação, novos movimentos ou entidades que poderiam compor essa representação dos segmentos de usuários(as), de prestadores(as) de serviços e de trabalhadores(as) de saúde no Conselho de Saúde, com ênfase para o segmento de usuários. Essa ampliação tem sua origem nas sugestões dos segmentos que fazem parte dos conselhos e dos debates e resultados das conferências, ou seja, tem o seu nascedouro na Sociedade.

O aspecto foi deliberado na 12ª Conferência Nacional de Saúde:

Garantir a eleição dos conselheiros de saúde, nas três esferas de governo, em assembleias específicas realizadas a cada dois anos para esse fim, e que os mandatos não coincidam com a eleição ou

fim do mandato dos gestores das três esferas de governo, proibindo que a mesma pessoa represente a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos. (Brasil, 2004, p. 21)

No que diz respeito a quem seria vedada a ocupação de representação no Conselho de Saúde, restou definido que estão impedidos(as) os(as) representantes do Poder Judiciário, do Poder Legislativo e do Ministério Público (MP), conforme disposto pela Resolução n. 453 de 2012, coadunando-se com o disposto na CRFB/1988. Aos dois Poderes é incompatível a representação no Conselho por ferir o princípio da separação de poderes, pois, apesar de não haver uma definição clara do regime jurídico dos conselhos, pelo menos em seu aspecto formal, esses Poderes estão vinculados à estrutura do Poder Executivo, como parte integrante da estrutura do SUS. Já em relação ao Ministério Público, em razão das atribuições que lhe foram conferidas pela CRFB/1988, a sua representação em um Conselho de Saúde inserido no âmbito do Poder Executivo seria incompatível com o exercício de suas funções constitucionais. Ele pode e deve ser um parceiro do controle social para a proteção direito humano/fundamental e coletivo saúde, mas seria inconciliável a sua atuação como representante no Conselho.

Outro aspecto a ser destacado é o que denominamos de “Sistema de garantias para o exercício da função de conselheiro(a)”, que tem sido recorrente nas discussões e nos relatórios das Conferências. Nas três resoluções, a função de conselheiro(a) é classificada como de relevância pública, sendo que nas duas últimas preceitua-se que deve haver a dispensa do trabalho quando em atividade para o Conselho de Saúde, devendo, inclusive, ser emitida declaração para ser apresentada junto ao(à) empregador(a) do(a) conselheiro(a). Nenhuma das três resoluções apresenta qualquer proposta de garantia de estabilidade no emprego para o(a) conselheiro(a), com vistas a impedir a perseguição e a possibilidade de dispensa do trabalho a qualquer tempo; todas rejeitam o oferecimento de remuneração e não existe previsão nos textos das resoluções do pagamento de diárias ou ressarcimento de despesas em atividades desenvolvidas para o Conselho de Saúde.

Entretanto, deve ser ressaltado que a 10ª Conferência Nacional de Saúde aprovou itens referentes a garantir condições e proteger os(as) conselheiros(as) no exercício de suas funções:

124.2 – ressarcir aos conselheiros de saúde as despesas de deslocamento e pagamento de diárias, quando do efetivo exercício de suas funções.

125.3 – propor ao Poder Legislativo a criação de legislação que impeça a perseguição política e garanta estabilidade, dispensa de ponto e abono das faltas dos trabalhadores dos setores público e privado, que são membros de Conselho de Saúde, quando no exercício de suas funções [...]. (Brasil, 1998, p. 44)

É tímido o tratamento dado pelas resoluções para o desenvolvimento de um sistema de garantias para o(a) conselheiro(a), o que vem a prejudicar a sua atuação no âmbito do Conselho de Saúde, tendo em vista a falta de apoio estrutural e ausência de proteção para o(a) conselheiro(a) empregado(a), o que pode ocasionar a falta de sua autonomia para o exercício de seu mandato.

Para Lima e Lima (2017, p. 1173):

Para o bom cumprimento da garantia do não prejuízo trabalhista ao conselheiro em atividade oficial, esse direito necessita ficar mais explícito nas formalidades legais. Os conselheiros submetidos ao artigo nº 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que regulamenta o trabalho com carteira assinada no Brasil, frequentemente têm essa garantia não observada. Muitas vezes, em prejuízo do trabalhador, a solicitação de abono de falta é confrontada com a CLT, que define as situações onde as faltas ao serviço estão protegidas de gerar desconto de salário ou de serem compensadas em outros dias de trabalho (motivos como óbito de familiares e dependentes; casamento; nascimento de filho; doação voluntária de sangue; alistamento eleitoral; provas de vestibular; e exigências do serviço militar, da justiça e da repre-

sentação sindical). Outro problema verificado na redação acima é a ausência de garantia de dispensa das obrigações escolares sem prejuízo ao conselheiro estudante quando no exercício de suas atividades como conselheiro. O direito ao abono de faltas e ao deferimento para recuperar perdas de provas e exames deve ficar explicitamente garantido nas normas.

Quanto à responsabilidade do(a) conselheiro(a) no exercício de seu mandato, somente a Resolução n. 453 de 2012 trata do assunto, dispondo que será de acordo com a lei. Por fim, no que concerne à capacitação dos(as) conselheiros(as), a Resolução n. 33 de 1992 nada tratou sobre o assunto. Já as outras duas posteriores dispuseram que cabe ao Conselho de Saúde “formular políticas sobre educação permanente para o controle social”, o que se consubstancia como muito pouco frente à importância de que tal assunto se reveste para o exercício efetivo do controle social em saúde e o espaço que tem sido destinado nos debates e nos relatórios das Conferências por seus(suas) participantes. Portanto, uma disposição mais contundente, inclusive com a exigência de realização de capacitação prévia dos(as) membros(as) do Conselho de Saúde antes de iniciarem o mandato, deveria constar do texto das resoluções analisadas.

Na mesma linha, tem sido recorrente a desqualificação do saber popular oriundo dos(as) usuários(as), em prestígio de um saber técnico do aparelho burocrático e de alguns setores representados, o que, na prática, leva à subjugação da representação dos(as) usuários(as) por esse discurso que legitima o seu poder, no conhecimento de que são possuidores(as) (Valla, 1998). Isso é agravado ainda mais pelos tipos de capacitação que são realizadas, que, ao invés de empoderar o Conselho de Saúde e o saber popular, servem como instrumentos para demarcar dois campos: entre os que conhecem e os que desconhecem como funcionam os serviços de saúde e como se deve decidir e efetuar o controle social. Portanto, nessa concepção, é imposto um lugar definido, a cada um, no espaço da participação conselhistas.

Nas 16^a e 17^a Conferências Nacionais de Saúde, a preocupação com a formação permanente para os(as) conselheiros(as) foi reforçado e constou em diversas diretrizes aprovadas pelos(as) delegados(as) (Brasil, 2019; 2024). Devendo ser “garantindo e estimulando que todas(os) as(os) conselheiras(os) titulares e suplentes sejam capacitados(as) imediatamente após a posse e de forma permanente”. (Brasil, 2019, p. 126).

Segundo Wendhausen (2002, p. 266),

Esta demarcação de lugares dos conselheiros, em determinados espaços de poder/saber expõe um jogo (uma rede) que coloca principalmente a representação dos usuários num lugar de silenciamento, no qual sua ‘verdade’ nunca (ou quase nunca) pode ser pronunciada. Este silenciamento é possível graças ao uso de algumas estratégias que o dispositivo permite, que são a ritualização das reuniões, o uso do discurso competente da circunscrição de determinados sujeitos em espaços demarcados a partir dos quais já há, *a priori*, uma expectativa do que deve e poder ser dito.

Por conseguinte, faz necessário romper com esse paradigma de saber institucional, oficial e técnico no espaço dos conselhos. Neste sentido, a política de capacitação/formação deverá constar das linhas centrais dos conselhos de saúde, inclusive estar inserida em seus marcos normativos. Essas capacitações têm que estar referenciadas em uma “metodologia participativa”, que contemple, tanto na elaboração quanto na execução, os(as) conselheiros(as) como sujeitos(as) do processo formativo (Correia, 2005).

6.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE À LUZ DAS RESOLUÇÕES N. 33 DE 1992, N. 333 DE 2003 E N. 453 DE 2012

Assim, realizada a análise da organização interna dos conselhos de saúde, partiremos para o segundo eixo dessa investigação dos textos das

Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012, que abordará a estrutura e o funcionamento dos conselhos de saúde, conforme quadro adiante elaborado.

Os dados analisados no Quadro 3 à frente acerca da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde no âmbito nas resoluções foram investigados em dezessete itens selecionados. O primeiro, procurou verificar como foi tratada a questão da autonomia financeira do Conselho de Saúde, especificamente, pela existência ou não de dotação orçamentária para o conselho. Com exceção da Resolução n. 33 de 1992, que nada dispôs sobre o assunto, as outras duas indicaram que deve haver um orçamento do Conselho de Saúde, definido e administrado por ele. Deve ser ressaltado que tal disposição é um dos elementos que pode instrumentalizar, na prática, uma certa autonomia do Conselho de Saúde frente ao gestor.

No que diz respeito aos seus órgãos constitutivos, a única novidade das duas últimas resoluções em relação à primeira foi a previsão da possibilidade de criação de comissões internas e intersetoriais para auxiliar o desenvolvimento dos trabalhos do plenário. “As comissões estimulam e qualificam a atuação dos conselheiros” (Balsemão, 2003, p. 307). Ademais, cabe destacar o preceito estabelecido tanto na Resolução n. 333 de 2003 quanto na n. 453 de 2012, da existência de paridade entre os segmentos que compõem o Conselho de Saúde em sua mesa diretora.

Quanto à estrutura técnica e administrativa disponibilizada ao Conselho de Saúde, as duas últimas resoluções inovaram em relação à primeira ao estabelecerem que deve ser garantida a autonomia administrativa e financeira (esse ponto foi incluso na Resolução n. 453 de 2012), inclusive com a possibilidade de definir o seu quadro de pessoal. O texto procura dar resposta a uma situação concreta: a precária estrutura de apoio disponibilizada para os conselhos de saúde, que vai desde a falta de apoio técnico e administrativo, ausência de autonomia financeira, de condições mínimas de funcionamento (material de expediente, telefone e internet), locais para as reuniões (Labra, 2005; Balsemão, 2003), até as condições de exercício da função de conselheiro(a), como transporte para as reuniões daqueles(as) que dele necessitam.

A temática mereceu análise e foi aprovada nas diretrizes da 17ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2024), cabendo destacar que os(as) delegados(as) afirmaram a necessidade de: a) garantir o financiamento para o funcionamento dos Conselho de Saúde; b) estrutura física e tecnologia; c) assessoria jurídica; d) ampliar a informação e divulgação da própria existência dos conselhos e de suas prerrogativas, inclusive com a utilização da transmissão das reuniões via on-line.

Em relação às reuniões do Conselho de Saúde, foram analisados no Quadro 3 seis itens: a) periodicidade; b) convocações; c) a possibilidade de autoconvocação pelo plenário; d) a abertura ou não das reuniões para o público externo; e) o direito de voz aos(às) não conselheiros(as) nas reuniões; e f) o quórum de deliberação. Esses itens foram selecionados por possibilitarem aferir alguns indicativos do grau de democracia interna e da abertura do Conselho de Saúde para a Sociedade. As três resoluções mantiveram a redação no que tange à periodicidade das reuniões, definidas uma vez ao mês no caso das ordinárias, e deixando a matéria das extraordinárias ao Regimento Interno de cada Conselho de Saúde. A Resolução n. 453 de 2012 conseguiu trazer uma redação que espelha uma preocupação das convocações dos conselhos, prevendo que elas venham ocorrer com um prazo mínimo de antecedência, no caso, no mínimo com dez dias, e que seja fornecida, no mesmo prazo, a documentação referente à pauta da reunião. Tal medida tem por objetivo evitar aquelas convocações imediatas, sem a apresentação da documentação adequada ou fornecida em prazo tão exíguo que não permita a sua análise, o que torna a participação dos(as) conselheiros(as) nas reuniões não um ato de controle social, na qualidade espaço democrático da participação da Sociedade, mas apenas em um lócus de legitimação dos atos do(a) gestor(a). Sobre a autoconvocação, preconizado no texto das Conferências (Brasil, 1993), apesar da previsão na Resolução n. 33 de 1992, as outras duas foram omisssas em relação ao assunto, o que causa preocupação, pois pode servir para impedir que o Conselho de Saúde se reúna quando não seja do interesse do(a) gestor(a) ou de quem o presida ou o coordene.

Quadro 3 – Estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dotação orçamentária própria | Deve haver. | Deve haver. O orçamento do conselho deve ser gerido por ele. | Deve haver. O orçamento do conselho deve ser decidido por ele. |
| Órgãos | <ul style="list-style-type: none"> - Plenário ou colegiado pleno; - Secretária executiva com assessoria técnica, subordinada ao plenário do conselho. | <ul style="list-style-type: none"> - Plenário; - Secretária executiva com assessoria técnica, subordinada ao plenário do conselho; - Comissões intersetoriais e comissões internas. | <ul style="list-style-type: none"> - Plenário; - Secretária executiva com assessoria técnica, subordinada ao plenário do conselho; - Comissões intersetoriais. |
| Mesa diretora | Não discorre sobre o assunto. | Sim. Paritária e eleita pelo plenário. | Sim. Paritária e eleita pelo plenário. |
| Comissões | Não discorre sobre o assunto. | Comissões internas, temporárias ou permanentes e grupos de trabalho que podem ser compostos por não conselheiros(as). | Comissões intersetoriais e grupos de trabalho que podem ser compostos por não conselheiros(as). |
| Suporte técnico e administrativo | Deve ser disponibilizada estrutura funcional e técnica pelo Poder Executivo. | Deve ser garantida a autonomia do conselho e estrutura administrativa própria, podendo, inclusive, definir seu quadro de pessoal. | Deve ser garantida a autonomia financeira do conselho e estrutura administrativa própria, podendo, inclusive, definir seu quadro de pessoal. |
| Reuniões: periodicidade | Uma por mês: ordinária; Extraordinária: quando necessário, com base no Regimento Interno | O texto segue o disposto na Resolução n. 33 de 1992. | O texto segue o disposto na Resolução n. 333 de 2003. |

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reuniões: convocações | Não discorre sobre o assunto. | Devem ser convocadas com antecedência, mas não define o tempo. | Devem ser convocadas e a pauta e o material de apoio da reunião entregues com antecedência mínima de 10 dias. |
| Permite auto-convocação pelo Conselho de Saúde | Sim. Mas não estabelece os critérios. | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. |
| Reuniões abertas ou fechadas | Abertas. | Abertas. | Abertas. Devem acontecer em horários e espaços que permitam a participação da sociedade. |
| Direito de voz aos(as) não conselheiros(as) | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. |
| Quórum de deliberação | Remete ao RI. | Metade mais um de seus(suas) membros(as). | - maioria simples; - maioria absoluta; - maioria qualificada (dois terços). |
| Tipos de manifestação das decisões do Conselho de Saúde | Fala apenas em atos a serem homologados pelo(a) chefe do executivo do ente federativo correspondente. | Resoluções, moções, recomendações e outros atos deliberativos. | O texto segue o disposto na Resolução n. 333 de 2003. |
| Resoluções: elaboração | Não discorre sobre o assunto. | Decididas pelo plenário, devem ser homologadas pelo(a) Chefe do Executivo no prazo de 30 dias, com a devida publicação oficial. | O texto segue o disposto na Resolução n. 333 de 2003. |

| Item | 33 de 1992 | 333 de 2003 | 453 de 2012 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resoluções: não homologação | Não discorre sobre o assunto. | Não homologada, nem apresentada proposta de alteração ou a justificativa da rejeição ao conselho na reunião seguinte. Poderá ser recorrido ao Ministério Público para sua validação. | Não homologada, nem apresentada proposta de alteração ou a justificativa da rejeição ao conselho na reunião seguinte. Poderá ser recorrido ao Poder Judiciário e ao Ministério Público para sua validação. |
| Utilização de outros instrumentos ou formas de participação: consultas, audiências públicas etc. | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. |
| Utilização da democracia eletrônica | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. | Não discorre sobre o assunto. |
| Publicidade das ações do CS | Dispõe que a pauta e as datas das reuniões do conselho devem ser divulgadas na imprensa. | 5ª Diretriz – inciso XXI: “[...] divulgar as funções e competências do Conselho de saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, data e local das reuniões”. | 5ª Diretriz – inciso XXIII: “[...] divulgar as funções e competências do Conselho de saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, data e local das reuniões e dos eventos”. |

Fonte: Dados compilados pelo autor com base nas Resoluções n. 33 de 1992, n. 333 de 2003 e n. 453 de 2012.

Destaca-se, também, que as três resoluções definiram que o Conselho de Saúde deve realizar reuniões abertas, o que é uma lógica, haja vista serem espaços da Sociedade na defesa de seus interesses e não podem se converter em estruturas de poder separadas da Sociedade, na linha dos vícios da cidadania representada. Por conseguinte, é importante a exigência da Resolução n. 453 de 2012, de que seja dada ampla divulgação dos horários das reuniões e que também venham a ocorrer

em horários que estimulem a presença da Sociedade. Um ponto que nos preocupa é o silêncio das resoluções ao direito de voz dos(as) não conselheiros(as) nas reuniões do Conselho de Saúde. Essa omissão pode ser usada para justificar que a Sociedade venha apenas a assistir o que o Conselho de Saúde discute sobre a saúde e não possa se manifestar em suas reuniões, o que repete a velha prática da representação da cidadania, que confere ao detentor do mandato o seu exercício e ao cidadão(ã)/eleitor(a) o direito de apenas escolher e não de participar mais ativamente no exercício das atividades daquele espaço democrático. Por fim, sobre o quórum deliberativo, a última resolução conseguiu tratar o assunto com mais propriedade em relação às anteriores, pois existem temas no âmbito no Conselho de Saúde que merecem um quórum mais qualificado para sua deliberação, a exemplo dos processos de alteração de seu Regimento Interno.

Sobre as espécies de manifestação das deliberações do Conselho de Saúde, estas se traduzem em um “calcanhar de Aquiles” desse espaço participativo, tendo em vista a dificuldade de concretizá-las quando não existe disposição do(a) gestor(a), o que pode torná-las decisões sem eficácia. Isso fica mais claro no caso das resoluções, que se constituem a principal forma da produção do direito pelo Conselho de Saúde, na qualidade de uma construção dentro da matriz do pluralismo jurídico, em um espaço onde a soberania representativa e a soberania participativa convivem conjuntamente. Essa questão não foi desenvolvida pela Resolução n. 33 de 1992, cabendo às duas últimas disporem sobre o tema. No que diz respeito à elaboração, ambas afirmam que são decisões do plenário que devem ser homologadas pelo gestor (chefe do Poder Executivo) em 30 dias, devendo haver a sua publicação no Diário Oficial ou assemelhado. Também prescrevem que, não havendo a homologação, deve o(a) gestor(a) comunicar ao Conselho de Saúde os fundamentos de seu veto à deliberação tomada até a reunião seguinte do Conselho, para que este possa decidir sobre possíveis encaminhamentos, que podem ser desde o acatamento do veto, ou a provocação do Poder Judiciário e do Ministério Público (incluído pela Resolução n. 453 de 2012) com o

intuito de dar validade à resolução proferida pelo Conselho. Essas prerrogativas podem auxiliar o Conselho de Saúde para dar validade às suas decisões, mas não tocam no problema central desse procedimento adotado, que não deixa de ser a aplicação de uma concepção monista e da cidadania representada no momento de dar validade às decisões democraticamente tomadas pela Sociedade no âmbito do Conselho.

Destaca-se que o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde restou deliberado sobre a necessidade de, no âmbito da participação popular em saúde, haver a construção de novas formas e espaços participativos. Entre as propostas aprovadas, destacam-se: a) ouvidorias; b) orçamento participativo do setor saúde; c) conferência microrregionais de saúde; d) fóruns anuais para avaliar a concretização das decisões das Conferências, em cada ente federativo correspondente; e, e) fóruns para a discussão e defesa da cidadania plena (Brasil, 1998). O fortalecimento das ouvidorias do controle social também foi um ponto apresentado e aprovado no âmbito das diretrizes da 16ª e 17ª Conferência Nacional de Saúde. Inclusive na 16ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada diretriz que tratou da necessidade de implantar implementar uma Política Nacional de Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2019; 2024).

Entretanto, reforçamos que apesar dos debates ocorridos no âmbito das Conferências nada é desenvolvido sobre o uso de audiências públicas, fóruns on-line, consultas públicas e outras modalidades participativas que a criatividade e a pluralidade da Sociedade podem concretizar em um contexto de radicalidade democrática, de caráter comunitário e emancipatório. Ademais, ao se verificar que as resoluções igualmente são silentes ao uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) como instrumento para a construção de um espaço de democracia eletrônica que venha reforçar o lócus da cidadania participativa, apesar de preceituarem a divulgação das reuniões e dos trabalhos do Conselho de Saúde nos meios de comunicação.

Nessa mesma linha de raciocínio, o arraigamento do espaço conselhistas ao paradigma moderno existe, apesar de ter sido construído e a

despeito da sua concepção atual no processo que culminou na República Participativa de 1988. Isso fica mais nítido quando verificamos a ausência, no texto das resoluções ora analisadas, de qualquer dispositivo que preconize e incentive a utilização de outros instrumentos participativos da Sociedade, que venham a extrapolar o espaço de reuniões do plenário, não obstante a temática ter sido objetivo de debates nas Conferências Nacionais de Saúde. Essa reflexão precisa perpassar o âmbito dos conselhos: é necessário reinventar os espaços de participação; fazer uso de audiências e consultas públicas que possam ampliar a participação da sociedade como um todo da vida dos Conselhos de Saúde; apropriar-se das tecnologias de informação e comunicação como instrumento de ampliar o alcance e a participação da sociedade. Registramos que essa apropriação não deve ser usada para substituir o exercício participativo direto e presencial da cidadania participativa em saúde, mas de forma complementar, com o objetivo de ampliar o seu alcance e permitir uma maior aproximação com os(as) destinatários(as) de suas discussões e deliberações.

Frisa-se também que o acesso à informação no contexto atual é condição fundamental para o pleno exercício do controle social. A ausência de dados e do conhecimento necessário impede que os(as) conselheiros(as) possam cumprir as prerrogativas do cargo que exercem. Além disso, na realidade de estarmos vivenciando uma sociedade vez mais on-line, informacional e digitalizada (principalmente após a pandemia de Covid-19), é imprescindível repensar as formas e os instrumentos utilizados na participação popular em saúde. Essa mudança cultural não implica a eliminação do exercício participativo presencial, mas fazer o uso adequado dos instrumentos tecnológicos para ampliar o acesso da sociedade ao que é discutido e deliberado no âmbito do controle social em saúde (Tavares; Vieira, 2020; 2021; 2022; 2023).

Essa necessidade de divulgação, publicização das ações, utilizar mídias digitais e redes sociais, tornar o Conselho de Saúde conhecido foram temáticas ressaltadas nas deliberações da 16^a e 17^a Conferências Nacionais de Saúde (Brasil, 2019; 2024). Inclusive “assegurando as con-

dições de acessibilidade para pessoas com deficiência (janela de libras, *braille*, audiodescrição e outros)” (Brasil, 2024, p. 187).

Conforme Ilíbio e Vieira (2020, p.178) destacam em relação aos conselhos:

É necessário publicizar esses espaços, dialogar mais com os usuários do sistema em suas bases e articular ações intersetoriais, tendo em vista que a saúde é uma política pública que implica um diálogo com todas as outras políticas públicas (em especial, as de caráter social). Resgatar e radicalizar a democracia em saúde se faz urgente. Essa é uma tarefa de todos e todas para a defesa do SUS público e universal como patrimônio coletivo da sociedade brasileira.

O que se observa na prática é que raramente ocorre a publicidade ou divulgação das atividades do Conselho de Saúde, seja pelos meios de comunicação tradicionais, seja pela utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Tal situação torna-se um problema para o fortalecimento dos Conselhos e do seu papel fundamental de defesa do Sistema Único de Saúde. Portanto, os conselhos acabam sendo desconhecidos da população, salvo algumas exceções em pequenos municípios (Labra, 2005).

Cabe destacar os seguintes pontos deliberados e aprovados pelo plenário da 17^a Conferência Nacional de Saúde:

Garantir as ações, em ambientes presenciais e/ou online, para qualificação em Educação Popular e Educação em Saúde, que permita uma incidência política e controle social, criando ligações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), propostos pela ONU, na Agenda 2030 (Brasil, 2024, p. 210);

A integração dos Conselhos de Saúde com outros Conselhos de Políticas Públicas, com a realização de fóruns periódicos e a implantação da “Casa dos Conselhos (Brasil, 2024, p. 221).

Uma preocupação que apareceu em uma diretriz deliberada na 16ª Conferência Nacional de Saúde aponta que é fundamental que se esteja: “[...] construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências” (Brasil, 2019, p. 121). Quatro anos após na 17ª Conferência Nacional de Saúde, os(as) delegados(as) também trataram do assunto da seguinte forma: [...] “desenvolvimento de estratégias para que os relatórios das Conferências e deliberações do conselho sejam efetivamente utilizados como instrumentos de gestão e planejamento” (Brasil, 2024, p. 191).

Essas diretrizes aprovadas demonstram uma fragilidade no âmbito do controle social, que é fazer com que o relatório da conferência seja um documento a ser visitado e acompanhado pelos conselhos no período seguinte à sua realização. Não é possível que um documento que representa a construção coletiva da participação popular em saúde não seja um elemento referencial para o exercício das atividades dos conselhos, inclusive para a construção de seu planejamento. Esse fato é mais preocupante no âmbito municipal, quando, muitas vezes, o relatório é esquecido até a próxima conferência, cumprindo apenas mais uma etapa formal.

Corroborando essa preocupação, ressalta-se o que afirmam Pereira e Vieira (2020b, p. 66):

Nesse sentido, o povo é convocado a participar mais por uma exigência formal da legislação (incluída, em sua maioria, por pressão da sociedade) e não pelo entendimento de que a sua participação é reconhecimento do exercício da cidadania participativa no âmbito de uma República Constitucional Participativa.

Para Wolkmer (1997, p. 231), os conselhos são “a forma mais autêntica de participação, deliberação e controle [...], disseminado nos diferentes níveis da esfera e do poder local (bairro, distrito e município)”. Essa afirmação sintetiza, sem sombra de dúvidas, a importância do locus conselhistas como expressão da cidadania participativa. Entretanto,

não podemos deixar de registrar, e que já está constatado neste capítulo, que esse espaço da coletividade também pode ser utilizado para legitimar práticas patrimonialistas, burocráticas, clientelistas e amparadas na cidadania representada.

Em saúde, eles, ao lado das conferências, constituem-se como espaços de agora, onde a Sociedade pode defender o bem coletivo e fundamental de saúde e o SUS, conforme instituído pela CRFB/1988.

Aduz Krüger (2008, p. 84) que:

Conferências e Conselhos são colegiados contraditórios e tensos, permeados por diferentes interesses sociais. Pode haver pactuações temporárias e direcionadas para algum objetivo, mas consenso com essa composição é difícil de visualizar, caso algum dos segmentos não o coloque em posição subordinada ou silêncio.

Por conseguinte, essa característica contraditória dos conselhos explica a razão de eles estarem inseridos no contexto de uma disputa entre dois paradigmas, o da modernidade burguesa e o da República Participativa. Isso fica mais nítido quando se investigam as origens da cidadania participativa em saúde, que se interliga com o surgimento da saúde como um direito de todos(as) e da construção do SUS. Portanto, não pode haver direito à saúde e ao SUS sem a cidadania participativa em saúde. O fortalecimento do controle social em saúde, o respeito às decisões coletivamente deliberadas pelos conselhos e conferências e a instrumentalização para o adequado funcionamento dos Conselhos de Saúde são condições, inclusive, para o fortalecimento do SUS e sua defesa enquanto uma política pública de Estado e um patrimônio da sociedade brasileira.

CONCLUSÃO

A CRFB/1998 consagrou a saúde como um direito de todos(as) e criou, a partir da formulação da Sociedade, o SUS como um patrimônio coletivo e expressão da cidadania do povo brasileiro. Esse SUS foi construído pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, pela Reforma Sanitária Brasileira e pelos movimentos sociais, que participaram do processo de redemocratização do País após o longo período de exceção que fora instalado pelo Golpe Militar de 1964. Assim, a concepção de saúde como um direito de todos(as) e da existência de um sistema público de saúde não contributivo teve a sua materialização na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que veio a se constituir na Constituinte da Saúde, pois o SUS saiu dela para o texto da CRFB/1988 como expressão da cidadania participativa em saúde. Portanto, não existe SUS sem cidadania participativa em saúde, pois um depende do outro para cumprir o papel que a CRFB/1988 lhes conferiu.

Essa concepção adotada pela CRFB/1988 representou um momento de transição paradigmática, pois erigiu, ao lado dos postulados do paradigma da cidadania representada e do monismo jurídico, a existência da República Participativa, na qualidade de expressão da soberania participativa da Sociedade. Portanto, na CRFB/1988, existe a convivência tanto do paradigma representativo quanto do participativo, que tem no pluralismo jurídico comunitário e participativo, na qualidade de uma nova concepção de pluralismo jurídico, a sua forma de construir o Direito.

Assim, com base na CRFB/1988 e nos pressupostos do Estado Social e Democrático de Direito, temos a democracia participativa e os direitos humanos como elementos norteadores do Estado e da Sociedade brasileiros. Esse cenário parte do pressuposto de que a democracia e a cidadania devem ser reinventadas, e não ficar apenas adstritas aos canais formais de participação. Elas são uma conquista da Sociedade e não uma doação feita pelo Estado.

Ademais, verificou-se que essa cidadania participativa deve conter, em sua formulação e aplicação, as contradições e os conflitos e a complexidade e multiculturalidade/interculturalidade que são inerentes à

Sociedade. Desse modo, não existe mais espaço para uma paisagem simplista da modernidade burguesa. Faz-se necessário reconhecer o diferente como algo que faz parte do processo de construção política da cidadania e das relações sociais. Assim, essa concepção de cidadania não exclui os antagonismos, mas os vislumbra como algo natural dos processos participativos, tendo em vista o caráter reinventivo das práticas democráticas, que, caso se concretize plenamente, perdem o seu sentido, pois deixará de possuir o seu elemento contestador e transformador da realidade social.

Constatou-se que a saúde como um direito de todos e a cidadania participativa em saúde no Brasil foram erigidas a texto constitucional da CRFB/1988 a partir de um processo de construção coletiva de uma proposta alternativa ao modelo autoritário então vigente durante o regime de exceção. Essa matriz, que se funda em uma saúde pública na qualidade de um bem coletivo da Sociedade, procurou romper com um modelo excludente e privatizante. Assim, a partir da Sociedade mobilizada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Sanitária Brasileira, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi formulada uma concepção de saúde como um direito de todos(as) e o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública de Estado, que acabou sendo inserida no texto da CRFB/1988. Desse modo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a constituinte da saúde, consubstanciando-se em um lócus intraestatal de cidadania participativa, como expressão de um pluralismo jurídico participativo e comunitário e de um direito condensado, no qual a Sociedade se organizou para defender o bem coletivo saúde.

É importante destacar que esse novo contexto rompe com o modelo anterior, de caráter excludente, contributivo, avesso à participação da Sociedade. E foi esse modelo que vigorou até 1988 no Brasil. Desse modo, na linha da contribuição das Conferências Internacionais de Saúde, vislumbra-se que a construção do sistema público de saúde pressupõe que se faça pelo e com a participação do povo e não sobre e para o povo.

Partindo desse pressuposto, ressaltamos um ponto que já tratamos no corpo desta pesquisa: não existe Sistema Único de Saúde (SUS) sem a cidadania participativa em saúde, pois a existência de um pressupõe a do outro.

E essa cidadania em saúde é desenvolvida por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, na qualidade de espaços de agora da

Sociedade. Eles foram normatizados na Lei n. 8.142 de 1990 que regulamentou a participação popular em saúde prevista na CRFB/1988. Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas e deliberativas SUS, onde a Sociedade participa das definições acerca do direito à saúde. Por serem paritários e terem na sua composição metade de representantes dos(as) usuários(as), são compostos também por gestores(as), trabalhadores(as) da saúde e prestadores de serviços, o que os caracteriza com um lócus de cidadania participativa de caráter complexo, conflituoso, onde interesses divergentes disputam a concepção de SUS que defendem. Nesse sentido, de um lado tem-se aqueles(as) que defendem um SUS público e como patrimônio coletivo da Sociedade, e, de outro, aqueles(as) que pretendem sucateá-lo, para que ofereça um serviço mitigado aos(às) seus(suas) usuários(as) e permita a sua apropriação pelos interesses privados (mercantilização). Desse modo, não podemos deixar de ressaltar que esse espaço da coletividade também pode ser utilizado para legitimar práticas patrimonialistas, burocráticas, clientelistas e amparadas na cidadania representada.

A necessidade de mudar essa concepção e essas práticas, as quais, ao invés de reforçarem o Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação cidadã, fragilizam o sistema e tornam mais resistente o privado em detrimento do público-coletivo, nada mais é do que uma questão de fazer valer a existência do modelo pensado pela Sociedade e que restou inserido na CRFB/1988. Entretanto, essa tarefa não é fácil, pois são práticas enraizadas tanto no individual quanto no coletivo, e que produzem ações que procuram desestruturar o SUS e a cidadania em saúde.

No que diz respeito às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, apesar de terem, ao longo dos anos, incorporado os resultados das Conferências Nacionais de Saúde e a experiência de mais de 30 anos da prática conselheira, ainda são tímidas as inovações em relação ao desafio que a cidadania em saúde se constitui. Assim, preconizam que deva existir a eleição do Presidente do Conselho de Saúde; que as reuniões devam ser amplamente divulgadas e abertas para a participação da Sociedade; que deva ocorrer eleição para escolha das entidades que estarão representadas no Conselho e que, portanto, não se restrinja a um rol de entidades que venham garantir a maioria para o(a) gestor(a) das decisões do Conselho; que tenham ampliado o rol indicativo de entidades representativas

dos(as) usuários(as) que podem compor os Conselhos; a exigência de orçamento próprio para o Conselho sob a administração, o que demonstra a inclusão em seus textos das propostas da Sociedade que foram elaboradas no espaço de ágora da Conferência Nacional de Saúde.

Entretanto, por outro lado, apesar de terem procurado dar condições para o reconhecimento das resoluções do Conselho de Saúde, o fizeram apenas dentro da lógica do paradigma moderno e de seu caráter formal e representativo; não previram a existência de um *sistema de garantias* para o pleno exercício da função de conselheiro(a); em relação à formação/capacitação dos(as) conselheiros(as), dispuseram as duas últimas que cabe ao Conselho “formular políticas sobre educação permanente para o controle social”, o que se consubstancia insuficiente frente à importância de que tal assunto se reveste para o exercício efetivo do controle social em saúde e o espaço que tem sido destinado nos debates e nos relatórios das Conferências por seus(suas) participantes; outro ponto que nos chamou atenção na pesquisa foi o silêncio das resoluções ao direito à palavra para os(as) não conselheiros(as) nas reuniões do Conselho. Essa omissão pode ser usada para justificar que a Sociedade venha apenas a assistir o que o Conselho discute sobre a saúde e não possa se manifestar em suas reuniões, o que repete a velha prática da representação da cidadania, que confere ao(à) detentor(a) do mandato o seu exercício e ao(à) cidadão(ã)/eleitor(a) o direito de apenas escolher e não de participar mais ativamente no exercício das atividades daquele espaço democrático.

Apesar das discussões das Conferências Nacionais de Saúde, o texto de todas as Resoluções estudadas é omissivo sobre o uso de audiências públicas, fóruns on-line, consultas públicas e outras modalidades participativas que a criatividade e a pluralidade da Sociedade podem concretizar, bem como dos recursos da democracia eletrônica.

Para o fortalecimento da atuação dos Conselhos de Saúde um ponto que se destaca como fundamental é a construção de uma agenda, de forma a integrar e organizar as atividades no âmbito desse espaço do controle social em saúde. São aspectos que entendemos fundamentais neste processo: a) que deva ser construída de forma coletiva e efetivamente participativa, ouvindo os(as) conselheiros(as) e a sociedade como um todo; b) que inclua as discussões da última conferência de saúde, procurando organizar

o acompanhamento da incorporação das suas deliberações no âmbito da gestão e execução do SUS no respectivo ente federativo ao qual o Conselho de Saúde está vinculado; c) que pautar os temas gerais para a gestão do SUS: financiamento, seu caráter público, carreira dos(as) profissionais de saúde, o orçamento, o plano de saúde, o acompanhamento da execução do plano e relatórios de prestações de contas, a fiscalização, judicialização da saúde etc.; d) o diálogo com a sociedade e a divulgação e publicização das ações do conselho; e) pautar a defesa da proteção dos direitos dos grupos mais vulneráveis social e economicamente: as mulheres, os(as) negros(as), os(as) indígenas, os(as) migrantes, as pessoas com deficiência, as pessoas com transtorno neuroatípico, as pessoas com albinismo, os(as) idosos(as), as crianças e adolescentes, as pessoas LGBTQIAPN+, os(as) ciganos(as), as pessoas em situação de rua etc.; e f) o planejamento do conselho.

Outra temática fundamental no âmbito da atuação do controle social em saúde, em especial, dos conselhos e articulação e integração intersetorial com os outros conselhos de políticas públicas, nos moldes do disposto nas deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde, da Declaração de Helsinque, da Declaração de Xangai e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Nesse sentido, a título de exemplo, não é possível que o conselho de saúde venha discutir a saúde da pessoa com deficiência sem dialogar com o conselho de direitos da pessoa com deficiência; ou a política da saúde das mulheres sem que exista um diálogo com o conselho dos direitos das mulheres, inclusive para a construção de uma deliberação mais qualificada e legítima.

Portanto, partindo da construção teórica nesta pesquisa, apresenta-se uma contribuição para um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde, estrutura nos seguintes eixos:

a) Organização interna, estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde: construindo um espaço de radicalidade democrática: a) deve haver garantias de que a representação dos segmentos no Conselho de Saúde seja respeitada, inclusive com a não inclusão de entidade que não representa os interesses da Sociedade no segmento dos(as) usuários(as); b) que a escolha das entidades que farão parte dos segmentos que fazem parte dos conselhos de saúde deve ser precedida de um amplo debate que

possibilite que a Sociedade efetivamente participe desse processo e não constitua apenas em um simulacro de participação democrática; c) que os(as) representantes dessas entidades no Conselho devam também ser escolhidos(as) com o respeito a procedimentos democráticos; d) que as reuniões do Conselho sejam amplamente divulgadas, inclusive por meio eletrônico, de forma a permitir maior interação com a Sociedade; e) a possibilidade de que a Sociedade tenha a oportunidade de enviar contribuições para os debates que o plenário irá realizar em suas reuniões, inclusive, podendo habilitar-se a fazer uso da palavra na reunião do Conselho; e f) realização além das reuniões ordinárias e extraordinárias, reuniões formativas do Conselho, de forma continuada e permanente.

b) Garantias de autonomia financeira e administrativa para os conselhos de saúde: a) propõe-se que deva haver uma rubrica própria para o Conselho de Saúde no orçamento do ente federativo de que faça parte, com a definição de sua aplicação e execução do definido pelo próprio Conselho; b) a existência de uma Secretaria Executiva do Conselho, subordinada a ele e ocupada por um(a) servidor(a) concursado(a); c) garantia de condições estruturais para o seu funcionamento, incluindo um local para a sua sede (guarda da documentação e para reunião da mesa diretora e secretaria executiva), com móveis, linha telefônica e internet, nos moldes preconizados pelas Conferências Nacionais de Saúde.

c) Sistema de garantias ao pleno exercício da função de conselheiro(a): a) alteração da Lei n. 8.142 de 1990, para incluir em seu texto que a função de conselheiro(a) é de relevância pública e coletiva; b) inclusão na Consolidação das Lei do Trabalho, entre as situações que autorizam a falta ao trabalho, sem prejuízo do salário, o exercício de atividades perante o Conselho de Saúde, de acordo com a proposição da 10ª Conferência Nacional de Saúde; c) inclusão nas legislações que regulam o regime jurídico dos(as) servidores(as) públicos em todos os entes federativos, entre as situações que autorizam a falta ao trabalho, sem prejuízo do salário, o exercício de atividades perante o Conselho, nos moldes da proposição da 10ª Conferência Nacional de Saúde; d) inclusão na Lei n. 8.142 de 1990, da garantia aos(às) conselheiros(as) do direito ao pagamento das despesas de transporte e diárias (tendo por referência o padrão usual dos(as) servidores(as) públicos daqueles ente federativo) ou o ressarcimento de

despesas com transporte, hospedagem e alimentação, quando estejam em exercício de atividades convocadas ou designadas pelo plenário do Conselho; e) estabilidade no emprego dos(as) conselheiros(as) titulares e suplentes que tenham sido eleitos(as) para representação dos segmentos do Conselho, durante o exercício do mandato e até um ano após o seu encerramento, nos moldes do aplicado ao(à) cipeiro(a) eleito(a) pelos(as) trabalhadores(as) para compor a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (Cipa).

d) A ampliação dos instrumentos de participação no espaço conselhistas: audiências públicas, consultas populares e democracia eletrônica: a) devem ser destinados recursos públicos para desenvolvimento de tecnologias que possibilitem a sua implantação em todos os conselhos de saúde do Brasil, formando uma rede de interação acerca da saúde pública brasileira; b) tendo em vista a existência de conselhos locais ou populares de saúde nas Estratégias de Saúde da Família ou nas Unidades Básicas de Saúde, os instrumentos da democracia eletrônica podem estreitar a relação entre esses espaços de participação popular mais localizada e o Conselho de Saúde; d) é exemplo dessa interface a disponibilização da pauta de reuniões do Conselho na internet, permitindo aos(às) usuários(as) contribuir antecipadamente com os pontos que serão debatidos e interagir com os(às) conselheiros(as), possibilitando, dessa forma, maior aporte teórico no processo de tomada de decisão dos(as) conselheiros(as) e legitimidade para exigir-se do Poder Público o cumprimento dessas deliberações; e) construção de uma página eletrônica do Conselho que permita a interação com os(as) usuários do SUS, publicizando seus documentos, atos decisórios etc.; e, f) utilização das redes sociais como espaço de divulgação das ações do Conselho.

e) O reconhecimento da validade do direito formulado no âmbito dos conselhos de saúde: a prerrogativa de dar efetividade às suas resoluções, que se estrutura a partir da proposta da criação de uma *intercessão dos conselhos*, que lhes permita usar das prerrogativas de veto que poderá ser utilizada nas seguintes situações a) nos casos de veto das decisões do(a) gestor(a) na área da saúde quando contrárias aos interesses da coletividade: 1) a decisão do plenário do Conselho de Saúde pelo veto a decisão do(a) gestor(a) deverá ser tomada pelo quórum

qualificado de 2/3 dos conselheiros, após amplo debate sobre o tema, o que implicará a suspensão da decisão vetada até que o Conselho e o(a) gestor(a) se reúnam em espaço de ágora; 2) publicação de edital (amplamente divulgado) pelo Conselho e o(a) gestor(a), convocando audiência pública a ser dirigida por participante escolhido na própria audiência pelo voto dos presentes, para debaterem e construírem uma solução consensual para o impasse; 3) Não sendo possível a construção do consenso, será decidido pelos(as) presentes na audiência pública a manutenção ou não do veto feito pelo Conselho à decisão do(a) gestor(a), o que vinculará as partes envolvidas; b) nos casos de não homologação pelo(a) gestor(a) das Resoluções do Conselho: 1) Após a negativa do(a) gestor(a) em homologar a Resolução do Conselho, sendo apresentada a justificativa sobre o assunto, os(as) conselheiros(as) deverão deliberar pelo acatamento ou não do veto do(a) gestor(a); 2) Não sendo acatado o veto do(a) gestor(a), por 2/3 dos(a) conselheiros(as), deverá ser convocada audiência pública nos mesmos moldes e conforme o procedimento proposto para o caso de veto a decisões do(a) gestor(a); c) os procedimentos adotados devem ser incluídos na Lei n. 8.142 de 1990, após formulação do texto no Conselho Nacional de Saúde; d) nas propostas de alteração das Leis dos Conselhos de Saúde, obrigatoriamente, o plenário deve se manifestar pelo voto favorável de 2/3 de seus (suas) membros(as) antes do envio do projeto ao Poder Legislativo.

Por fim, entende-se que essa contribuição não procura resolver todos os limites e insuficiências do atual paradigma estruturante dos Conselhos de Saúde, mas provocar uma reflexão sobre a necessidade de recuperar o caráter emancipatório que norteou o seu surgimento, na qualidade de um locus de participação cidadã que possibilita a defesa da saúde como um direito e patrimônio coletivo da Sociedade, que deve ser constantemente reinventado, inclusive com outras formas que possibilitem a ampliação da participação da mesma. Compreende-se que essas providências são fundamentais, sob o risco de os Conselhos de Saúde se tornarem mais uma estrutura burocrática e formal vinculada ao aparelho do Estado, que, em vez de representar um verdadeiro espaço da Sociedade, venham se concretizar em algo criado pela ação dela, que, em nome dela, mas sem a sua efetiva participação, legitima a privatização e a mitigação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Carlos Fernando Coruja. **O protocolo clínico como parâmetro para uma decisão judicial sobre o fornecimento de medicamento excepcional**. 2009. Tese (Doutorado em Direito) – PPGD, UFSC, Florianópolis, 2009.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALVES, Maria Helena Moreira. **O Estado e a oposição no Brasil (1964-1984)**. Tradução: Clóvis Marques. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde na estratégia de saúde da família. *In*: CAMPOS, Gatão Wagner de Sousa *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. p. 783-835.

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no sistema único de saúde no Brasil. *In*: ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Direito sanitário e saúde pública**. 2 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1. p. 301-318.

BAPTISTA, Tatiane Vargas de Faria. História de políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Políticas de saúde e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 28-60.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2017.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. Tradução: Virgínia Gawryszewski. São Paulo: Hucitec – CEBES, 1988.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. 11. reimp. São Paulo: Ática, 2008.

BÍBLIA. De referência Thompson, com versículos em cadeia temática: antigo e novo testamento. Tradução: João Ferreira de Almeida. 13. reimp. São Paulo: Vida, 2000.

BRASIL. **Ato Institucional 1, de 9 de abril de 1964.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-01-64.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Ato Institucional 2, de 27 de outubro de 1965.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/atoins/1960-1969/atoinstitucional-2-27-outubro-1965-363603-republicacao-136948-pe.html>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Ato Institucional 5, de 13 de dezembro de 1968.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde de 2011.** Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/as-suntos/conferencias/14a-cns>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992.** Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aces-so-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/1992/resolucao-no-033.pdf/view>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003.** Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aces-so-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2003/resolucao-no-333.pdf/view>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012.** Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-nor-mativos/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011a. Coleção para entender a gestão do SUS, v. 1.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934, de 16 de julho de 1934.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/17a-cns/publicacoes/livro_web_relatorio_17_conferencia_nacional-2025-compactado.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde,** 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/16a-cns/relatorio-final-da-16a-conferencia-nacional-de-saude.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 169, de 18 de janeiro de 1890.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D169.htmimpressao.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5839.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D67300impressao.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D99438impressao.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Decreto-lei n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. **Decreto-lei n. 72, de 21 de novembro de 1966.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 1, de 17 de outubro de 1969.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc01-69.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807impresao.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l0378.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8142&ano=1990&ato=850o3Z-q1keFpWTcff>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde requer que municípios e estados atualizem informações.** 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/abril/sistema-de-acompanhamento-dos-conselhos-de-saude-requer-que-municipios-e-estados-atualizem-informacoes>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Brasil possui 16 mil Conselhos Locais de Saúde ativos nas UBSs.** 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/brasil-possui-16-mil-conselhos-locais-de-saude-ativos-nas-ubs>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-9a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. Participação social e controle social. **Textos de apoio**. Capacitação para conselheiros de saúde. [S.l.: s.d.], p. 1-8.

BRUM, Argermiro J. **Democracia e partidos políticos no Brasil**. Ijuí: Unijuí, 1981.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CADH. **Convenção Americana de Direitos Humanos, de 1969**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A reforma sanitária necessária. *In*: FLEURY, Sônia; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo (org.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. reimp. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 211-221.

CAPELLA, Juan Ramón. **Fruto proibido**: uma aproximação histórico-teórica ao estudo do Direito e do Estado. Tradução: Gresiel Nunes Rosa e Lédio Rosa de Andrade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

CARDOSO, Ruth Corrêa Leite. A trajetória dos movimentos sociais. *In*: DAGNINO, Evelina (org.). **Anos 90**: política e sociedade no Brasil. 4. reimp. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 81-90.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 277-292, mar./abr. 2002. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6439>. Acesso em: 12 jul. 2025.

CARTA DE BANGKOK. **6ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. 2005. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39050/632249/Carta+de+Bangkok.pdf/b84492d6-a05e-4b6a-995c-080489a9b571>. Acesso em: 20 fev. 2025.

CARTA DE OTTAWA. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1988. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Ibam; Fase, 1995.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. *In: FLEURY, Sonia (org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CARVALHO, Marina Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário, Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário**, São Paulo, LTr, v. 4, n. 2, 2003. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em: 26 fev. 2025.

CASTRO, Marcus Faro de. Dimensões políticas e sociais do direito sanitário brasileiro. *In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1: Coletânea de Textos. p. 379-390.

CHACON, Vamireh. **História dos partidos políticos brasileiros: discurso e práxis de seus programas**. 2. ed. Brasília: UnB, 1985.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. *In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (org.). Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis [on line]**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, jul. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ztKGfXj7KKSQP-cljVvNMxhp/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2025.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO; Lenaura de Vaconcelos Costa (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-128.

COSTA, Dartagnan Limberger. **O empoderamento social local mediante a efetivação da participação popular através do orçamento participativo e da governança solidária local**: uma análise teórica da possibilidade de concreção de um direito social condensado. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, 2009.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. *In*: ROZENFELD, Suely (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. 6. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 15-40.

COSTA, Elisa Maria Amorim. Sistema Único de Saúde. *In*: COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. p. 3-5.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania. *In*: DAGNINO, Evelina (org.). **Anos 90**: política e sociedade no Brasil. 4. reimp. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 103-115.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi *et al.* A advocacia em saúde pública no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sqWs8tdJ5BcGHPwJr4BFycR/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2025.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. *In*: ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1: Coletânea de Textos. p. 39-64.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988a.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: direito sanitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5y9xHbXS96M9BhMWWgrRWgd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2025.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. **2ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1988**. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Adelaide.htm. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **4ª Conferência Internacional de Saúde, 1997**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jacarta_1997.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1992**. Disponível em: <https://mpce.mp.br/pro-saude/cartas-e-declaracoes-em-defesa-da-saude/carta-de-bogota-sobre-promocao-da-saude/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. **3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1991**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. **5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 2000**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE. **8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 2013**. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-de-franca/vigilancia-e-promocao-de-saude/viii-conferencia-helsinque-2013/8448026>. Acesso em: 20 fev. 2025.

DECLARAÇÃO DE XANGAI. **9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, 2016**. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3bf36e9c-e-b91-4899-91e2-a5bf79c65999/content>. Acesso em: 20 fev. 2025.

DUDH. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Resolução 217A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução: Leandro Konder. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Tradução: Analia C. Torres. Porto: Afrontamento, 1975.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. *In*: Lima, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. De quem é o SUS? **Folha de S. Paulo**. Opinião. São Paulo, 20 dez. 2007. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2012200709.htm>. Acesso em: 23 set. 2025.

FLEISCHER, David Verge. A evolução do sistema partidário. *In*: FLEISCHER, David Verge (org.). **Os partidos políticos no Brasil**. Brasília: UnB, 1981. v. 1. p. 183-202.

FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. *In*: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]**, v. 21, n. 60, p. 67-81, fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/ZDKxPgt7fQG8cLQVCpsS44s/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo de reforma sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIANEZINI, Kelly; BARRETO, Letícia; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Políticas públicas e seu processo de criação: apontamentos introdutórios. p. 161-172. *In*: COSTA, Marli M. Moraes da; RODRIGUES, Hugo Thamir. **Direito & políticas públicas**, v. X. Curitiba: Multideia, 2015.

GILISSEN, John. **Introdução histórica ao direito**. Tradução: A. M. Hespanha e L. M. Macaísta Malheiros. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: GOHN, Maria da Glória (org.). **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 13-32.

GROSSI, Paolo. **Mitologias jurídicas da modernidade**. Tradução: Arno Dal Ri Jr. 2. ed., rev. e atual. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

GURVITCH, Georges. **La idea del derecho social: noción y sistema del derecho social**. Historia doctrinal desde el siglo XVII hasta el fin del siglo XIX. Traducción de José Luis Monereo Pérez e Antonio Márquez Prieto. Granada (Espanha): Editorial Comares, 2005

HAGUETE, Tereza Maria Frota. Cidadania: o direito à oposição e o sistema de partidos. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte: UFMG, n. 78-79, jan./jul. 1994.

HERMANY, Ricardo. **(Re)discutindo o espaço local: uma abordagem a partir do direito social de Gurvitch**. Santa Cruz do Sul: Edunisc/IPR, 2007.

IANNONE, Roberto Antonio. **A revolução industrial**. São Paulo: Moderna, 1992.

ILIBIO, M. B.; VIEIRA, R. S. **A participação social em saúde** [recurso eletrônico]: uma leitura a partir da democracia radical. Criciúma: Ediunesc, 2020. v. 1. 196 p. Disponível: <https://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8605/1/A%20participa%20c3%a7%c3%a3o%20social%20em%20sa%c3%bade.pdf>. Acesso: 15 abr. 2024.

KLEBA, Maria Elisabeth *et al.* O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sbZ4cyvgF3BBDdN3g3GR6MG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2025.

KRÜGER, Tânia Regina. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e políticas públicas**, n. 22, p. 119-144, dez. 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/82>. Acesso em: 10 jan. 2025.

KRÜGER, Tânia Regina. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 2, p. 75-90, 2008. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/125/123>. Acesso em: 10 jan. 2025.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LIMA, Nísia Trindade *et al.* O Brasil e a organização pan-americana da saúde: história em três dimensões. *In*: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 25-116.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, Nísia Trindade (org.) *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LIMA, Dartel Ferreira; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução n. 453/2012. **Saúde debate**, v. 41, n. 115, out./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9LckHXjQ785gqbPQd69twwF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2025.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Prefácio. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 7-12.

LUBAMBO, Cátia W.; COUTINHO, Henrique G. Conselhos gestores e o processo de descentralização. **São Paulo em Perspectiva** [on-line], v. 18, n. 4, p. 62-72, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/3R8bTPq7z7xKHV56kBCtbgc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Caderno CRH** [on-line], Salvador, v. 21, n. 52, p. 87-97, jan./abr. 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/kC-9v3946Yp8NqgM8Vnnh8zQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lúcia. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MEZZAROBBA, Orides. **Introdução ao direito partidário brasileiro**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

MORAIS, José Luis Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais: o Estado e o Direito na ordem contemporânea**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

MORIN, Edgar. **O método 4: as ideais: habitat, vida e costumes**. Tradução: Juremir Machado da Silva. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MOUFFE, Chantal. **O regresso do político**. Lisboa: Gradiva, 1996.

NUNES, Francisco Pizzete; VIEIRA, Reginaldo de Souza. **Pluralismo jurídico sanitário**: pressupostos de uma práxis plural no âmbito da saúde. *In*: VENERIO, Carlos Magno Spricigo; SOUZA, Ismael Francisco de (org.). **Democracia, pluralismo e pensamento crítico**: homenagem ao professor Antonio Carlos Wolkmer. Criciúma: Ediunesc, 2012. p. 163-190.

NUNES, Francisco Pizzette. **Direito à saúde**: pluralismo e participação popular na tutela do SUS e da saúde suplementar. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012.

ODS. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 19 jul 2025.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da previdência social no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1989.

PAIM, Jairnilson da Silva. Bases conceituais da reforma sanitária Brasileira. *In*: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde**: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PEREIRA, Adriana Lemos *et al*. Programas de atenção à saúde. *In*: FIGUEIREDO, Nébia Maria de Almeida (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 255-340.

PEREIRA, Juliano Sartor; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Democracia participativa: reflexões acerca do surgimento dos conselhos de participação popular no ordenamento jurídico brasileiro. p. 175-199. *In*: WOLKMER, A. C.; VIEIRA, R. S. (org.). **Direitos humanos e sociedade** [recurso eletrônico]: volume II. 1. ed. Criciúma: Ediunesc, 2020. v. 1. 374 p. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/8101>. Acesso em: 9 ago. 2025.

PEREIRA, Juliano Sartor; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Das assembleias romanas às audiências públicas: reflexões sobre a participação popular no processo decisório da res pública. *In*: SILVEIRA, Clóvis Eduardo Malinverni da; PILATI, José Isaac; VIEIRA, Reginaldo de Souza (org.). **Republicanism, cidadania e jurisdição**: volume I. Criciúma: Unesc, 2020. [40]-71. Disponível em: <https://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8210/1/Republicanism%2c%20cidadania%20e%20jurisdi%2c%20a7%2c%20a3o.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2025.

PIDCP. **Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos**. 1966. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20Direitos%20Civis%20e%20Pol%C3%ADticos.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

PIDESC. **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

PILATI, José Isaac. **A propriedade e função social na pós-modernidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

PRADO JUNIOR, Caio. **Evolução política do Brasil**: colônia e império. 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde**: de acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RANGEL, Ângela Maria Hygino. A perspectiva do controle social pela via dos conselhos. *In*: GARCIA, Joana; LANDIM, Leilah; DAHMER, Tatiana (org.). **Sociedade & políticas**: novos debates entre ONGs e universidade. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 45-59.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge. Manual da atuação jurídica em saúde pública. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 2. p. 13-154.

RIOS, Roger Raupp. Direito à saúde, universalidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais de medicamentos. *In*: LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia (org.). **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 84-98.

RISI JUNIOR, João Baptista *et al.* As condições de saúde no Brasil. *In*: JACOBO, Finkelman (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 117-232.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A via do parlamento. *In*: FREURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia**. A luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 63-91.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução: Marcos Fernando da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec – Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema único de saúde. *In*: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (org.). **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 21-61.

SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola. **A defesa da saúde em juízo**: teoria e prática. São Paulo: Verbatim, 2009.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos. Conselhos municipais e democracia local. *In*: GARCIA, Joana; LANDIM, Leilah; DAHMER, Tatiana (org.). **Sociedade & políticas**: novos debates entre ONGs e universidade. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 35-44.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos. Os desafios dos conselhos municipais na perspectiva da governança democrática. *In*: VIVARTA, Veet (coord.). **Ouvindo conselhos**: democracia participativa e direitos da infância na pauta das redações brasileiras. Pesquisa de Guilherme Canela. São Paulo: Cortez, 2005. p. 23-24.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia em redistributiva. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002b. p. 455-559.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. Tradução: Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 8. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set. 2018.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. 2. ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2005.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2025.

SILVA, Diego Augusto Santos; JESUS, Karina Passos de; SANTOS Roberto Jerônimo. Conceito de saúde e qualidade de vida para acadêmicos de Educação Física. Um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, v. 2, n. 4, p. 140-153, dez. 2007.

SILVA, José Afonso. **Direito constitucional positivo**. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

SIQUEIRA JÚNIOR, Paulo Hamilton; OLIVEIRA, Miguel Augusto Machado de. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

SIQUEIRA, Mônica Maria; MORAES, Maria Silvia de. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6. Rio de Janeiro, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n5GCw-f9wtQccdjQR3HwZqJg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2025.

SMELTZER, Suzane C; BARE Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução: José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 1.

SOARES, Glauco A. D. A formação dos partidos nacionais. In: FLEISCHER, David Verge (org.). **Os partidos políticos no Brasil**. Brasília: UnB, 1981. v. 1. p. 7-24.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. p. 65-86. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SUBIRATS, Joan *et al.* **Análisis y gestión de políticas públicas**. Barcelona: Ariel, 2008.

TAVARES, A. A.; VIEIRA, R. S. **Governo Digital e Aberto como Plataforma para o Exercício do Controle Social de Políticas Públicas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2023. v. 1. 228 p.

TAVARES, André Afonso; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Democracia participativa na era digital: contribuições para a participação popular nos conselhos de direitos municipais **Revista de Direito da Cidade**, [S. L.], v. 14, n. 2, p. 1071-1094, 2022. DOI: 10.12957/rdc.2022.53817. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/rdc/article/view/53817>. Acesso em: 27 fev. 2025.

TAVARES, A. A.; VIEIRA, R. S. A exclusão digital e a cidadania participativa na sociedade em rede. **Revista Meritum**, v. 15, ed. 4, p. 283-299, 2020. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/8065>. Acesso em: 27 fev. 2025.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **AATR-BA**, 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

TELLES, Vera. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. 4. reimp. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 91-102.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1: Coletânea de Textos, p. 21-37.

VALLA, Victor Vicente. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gatão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-562.

VERDI, Marta; COELHO, Elza Berger Salema. Do higienismo ao SUS: a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota (org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: USFC/NRF/SBP, 2005. v. 1. p. 33-59.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **Partidos políticos brasileiros: das origens ao princípio da autonomia político-partidária**. Criciúma: Ediunes, 2010.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde. 540 f. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – PPGD-UFSC, Florianópolis, 2013.

VIEIRA, R. S.; TAVARES, A. A. Governo eletrônico enquanto plataforma para o controle social de políticas públicas voltadas à proteção da criança e do adolescente. **Revista em Tempo (On-line)**, v. 21, p. 151-168, 2021. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/3262>. Acesso em: 27 fev. 2025.

VILLANUEVA, Luis F. Aguilar. **La implementación de las políticas**. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editor, 1993.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social**: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: Univali, 2002.

WHO. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Ideologia, Estado e direito**. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura do direito. 2. ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 1997.

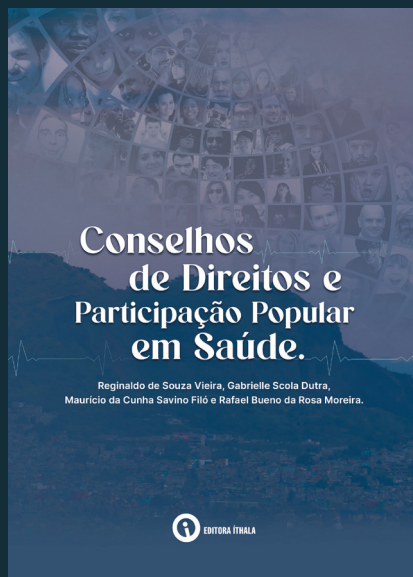
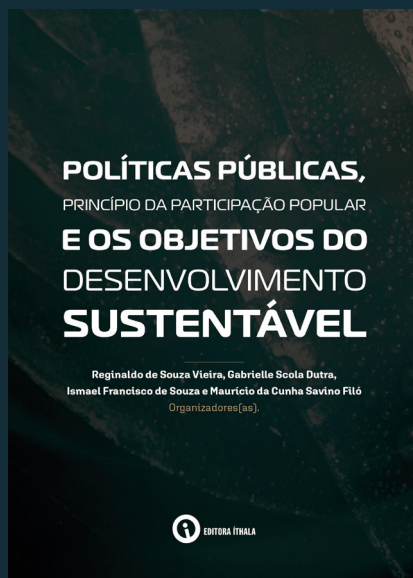


REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

Doutor (2013) e mestre (2002) em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor, pesquisador e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/Unesc). Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor titular da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro do Conselho Editorial da EdiUnesc. Membro do Conselho Gestor do Observatório Latino-americano em Direitos Humanos Prof. Antonio Carlos Wolkmer. Coordenador do Programa Escola de Lideranças – Proext-PG-Capesc. Membro titular da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochapecó). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro da Rede de Pesquisa Egrupe (Unisc, FMP e Unesc). Membro titular e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, Puc-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, Furb, Ufop, Unirio, UFRJ e Furg). Coordenador Executivo da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da The International Society of Public Law. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito. Membro associado do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (Conpedi). Consultor na área de políticas públicas. Advogado vinculado a seccional de Santa Catarina. Orcid ID: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>.

E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com;
reginaldovieira@unesc.net

OUTRAS OBRAS DO PROJETO



A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao prescrever em seu art. 1º, parágrafo único, o exercício direto e participativo ao lado da democracia representativa, como expressão e também fundadora da República Participativa, instituiu formalmente a existência de uma nova concepção de cidadania, não meramente formal e vinculada à democracia representativa, mas estribada também na cidadania participativa e no reconhecimento dos direitos humanos/fundamentais, na qualidade de necessidades da sociedade.

Esse projeto de concepção de saúde pública, constituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal e rompeu com o modelo privatizante, teve o seu nascedouro no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), na qualidade de aglutinador dos novos movimentos sociais, que veio a construir a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Ele se vinculou a uma construção engajada no processo de democratização do país, que não se restringiu ao paradigma representativo, propondo a inserção da participação da sociedade nesse novo modelo sanitário que era proposto.

O Sistema Único de Saúde, erigido no texto da Constituição de 1988 como um direito humano fundamental e transdimensional, consubstancia-se em uma política pública de Estado, criada a partir da efetiva participação da sociedade na luta contra a Ditadura Militar de 1964-1985 e pela redemocratização do Brasil. Assim, o SUS se concretiza por um patrimônio da sociedade brasileira que deve ser defendido por ela. Neste contexto, a participação da sociedade na área da saúde não se consubstancia como formalidade, mas é a própria essência de todo o sistema.



ISBN 978-65-5765-277-0



ithala.com.br