

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: UMA LEITURA A PARTIR DA DEMOCRACIA RADICAL

MICHEL BELMIRO ILIBIO
REGINALDO DE SOUZA VIEIRA



2020©Copyright UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário – C.P. 3167 – 88806-000 – Criciúma – SC

Fone: +55 (48) 3431-2500 – Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitora

Luciane Bisognin Ceretta

Vice-Reitor

Daniel Ribeiro Preve

Conselho Editorial

Dimas de Oliveira Estevam (Presidente)

Angela Cristina Di Palma Back

Cinara Ludvig Gonçalves

Fabiane Ferraz

Marco Antônio da Silva

Merisandra Côrtes de Mattos Garcia

Miguelangelo Gianezini

Nilzo Ivo Ladwig

Rafael Rodrigo Mueller

Reginaldo de Souza Vieira

Ricardo Luiz de Bittencourt

Richarles Souza de Carvalho

Vilson Menegon Bristot

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: UMA LEITURA A PARTIR DA DEMOCRACIA RADICAL

MICHEL BELMIRO ILIBIO
REGINALDO DE SOUZA VIEIRA



Criciúma
UNESC
2020

Editora da UNESCO
Editor-Chefe: Dimas de Oliveira Estevam

Revisão textual e Normalização ABNT: Ana Júlia Gaiani de Santis

Supervisão de revisão: Márcia Regina Pereira Sagaz

Projeto gráfico, diagramação e capa: Luiz Augusto Pereira



As ideias, imagens e demais informações apresentadas nesta obra são de inteira responsabilidade de seus autores e organizadores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

I28p Ilibio, Michel Belmiro.
A participação social em saúde [recurso eletrônico] : uma leitura a partir da democracia radical / Michel Belmiro Ilibio, Reginaldo de Souza Vieira - Criciúma, SC: UNESCO, 2020.
196 p. : il.
Modo de acesso: <<http://www.unesc.net/portal/capa/index/300/5886/>>.
ISBN: 978-65-87458-22-9
DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/partsocial>
1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de saúde. 3. Participação social. 4. Democracia radical. I. Título.

CDD - 22. ed. 362.1026

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESCO

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, arquivada ou transmitida, por qualquer meio ou forma, sem prévia permissão por escrito da Editora da UNESCO.

AGRADECIMENTOS

Aos professores doutores Maurício da Cunha Savino Filó (Unesc), Ismael Francisco de Souza (Unesc) e Martônio Mont' Alverne Barreto Lima (Unifor), pelas contribuições à pesquisa realizada.

Um agradecimento especial ao Conselho Municipal de Saúde de Criciúma/SC (que autorizou a realização da pesquisa e disponibilizou toda a documentação necessária para a coleta de dados), à Capes e ao CNPq pelos financiamentos para a pesquisa, inclusive com a concessão de bolsa de estudos bem como à Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), pelo financiamento por meio de edital público do Programa Grupos de Pesquisa ao Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC) para a realização da pesquisa e a publicação desta obra.

Um agradecimento a todos(as) que lutaram pela redemocratização do Brasil e pelo surgimento do Sistema Único de Saúde.

Por fim, uma homenagem aos(às) profissionais de saúde, que colocando muitas vezes as vidas em risco e de seus familiares, estão lutando contra a pandemia da Covid-19 para salvar vidas. Muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CRNS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Diretoria Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MRSB	Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas
PIASS	Programa de Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8
CAPÍTULO 1 O SUS NO BRASIL: HISTÓRIA, CONSTITUCIONALIZAÇÃO, AVANÇOS E DESAFIOS 13
CAPÍTULO 2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS 61
CAPÍTULO 3 A TEORIA DA DEMOCRACIA RADICAL DE CHANTAL MOUFFE 104
CAPÍTULO 4 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS EM CRICIÚMA/SC: UMA LEITURA A PARTIR DA DEMOCRACIA RADICAL 139
CONCLUSÃO 174
REFERÊNCIAS 178
SOBRE OS AUTORES 196

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública de Estado, representa o maior legado no campo social do processo de redemocratização do Brasil, depois do fim da Ditadura Militar (1964-1985).

A construção do SUS está diretamente relacionada com a participação social, e não com a decisão de gabinetes. Ele foi pensado no interior das lutas pela redemocratização do país, unindo lideranças políticas, organizações estudantis, sindicais e populares, além dos movimentos ligados à medicina comunitária e outras áreas da saúde. Todos esses atores sociais afirmavam a necessidade de se promover no país uma reforma sanitária que rompesse com o modelo excludente do seguro social e viesse a reconhecer a saúde como um direito humano de caráter fundamental e social, de obrigação estatal e como direito de todos e todas.

Foi esse movimento que culminou com a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada, de atuação em todo território nacional, com direção única em cada esfera do governo: o SUS, estruturado para atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde da população de forma integral, fundado nos princípios da universalidade e da igualdade/equidade. Essa inserção da saúde como um direito fundamental de todos e todas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi regulamentada por meio das Leis n. 8.080 e 8.142, ambas de 1990, em que ficou estabelecido um complexo de princípios e regras que disciplinam o funcionamento da política pública de saúde.

A participação social restou definida como um dos pilares do SUS. Foi regulada pela Lei n. 8.142, de 28 dezembro de 1990, que dispôs, no artigo 1º, que o controle social em saúde ocorrerá por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. A referida lei estabeleceu que as Conferências de Saúde ocorressem a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação de suas políticas. Já os Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Ambas as formas de

participação ocorrem de modo paritário, com representação dos usuários do SUS (BRASIL, 1990).

Demonstrada a importância da atuação em ambos os espaços de participação (Conselhos e Conferências) para as políticas de saúde, algumas questões ainda são objeto de dúvidas e precisam ser respondidas, pois em que pese a atuação da participação social nesses mais de 30 anos de constitucionalização do SUS, medidas que buscam enfraquecer e desmontá-lo entram nas pautas dos governos reiteradas vezes. Além disso, e ainda mais preocupante, observa-se certo descrédito dos(as) usuários(as) quanto aos serviços prestados pelo SUS e o esvaziamento dos espaços de participação social, sendo que tais características, por vezes, assumem maiores dimensões em espaços no âmbito municipal. Isso não é fenômeno isolado da área da saúde, mas do exercício da participação em outras instâncias participativas em políticas públicas.

Assim, a democracia radical é adicionada no contexto do estudo que originou esta obra, por afirmar que o objetivo da política democrática não é alcançar um consenso racional na esfera pública. Segundo Chantal Mouffe, filósofa política que propôs essa teoria, deve-se aceitar que cada consenso existe como resultado temporário de uma hegemonia provisória, como estabilização do poder, e ele sempre acarreta alguma forma de exclusão. Portanto, ao invés de disfarçar essas exclusões, ao adotar-se a perspectiva radical, busca-se “abrir caminho para o dissenso” e “promover as instituições em que este possa ser manifestado.” (MOUFFE, 2005, p. 22).

Partindo desse pressuposto teórico, a pesquisa realizada parte do contexto do processo de luta pela criação do SUS no Brasil e, tendo em vista a estrutura política/jurídica do SUS, busca proceder, a partir da leitura da democracia radical de Chantal Mouffe, uma análise do espaço de atuação da participação social no âmbito do SUS, tendo por referência o Município de Criciúma/SC.

O caminho metodológico adotado foi o método de abordagem dedutivo, pois, partindo de um conjunto de revisão bibliográfica selecionada para isso, busca-se atingir determinadas premissas exteriorizadas por meio das

hipóteses apresentadas anteriormente. O método de procedimento adotado foi o monográfico, o qual, segundo Marconi e Lakatos (2010), busca, durante a investigação, examinar o tema escolhido, observando todos os fatores que o influenciaram e analisando-o em todos os seus aspectos. Já as técnicas de pesquisa empregadas foram a documental, bibliográfica e entrevistas com os conselheiros(as) de saúde (sendo o método detalhado no tópico em questão). Desde já, cumpre mencionar que as entrevistas, semiestruturadas e individuais, foram aplicadas aos(as) conselheiros(as) de saúde que integram o biênio (2017/2019) do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, sendo observados e seguidos os preceitos da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Em face da complexidade do tema, a obra foi estruturada em quatro capítulos:

No primeiro capítulo, é realizada a contextualização do processo de construção do SUS no Brasil a partir de um recorte histórico, político e jurídico, e destacando os avanços e desafios para a sua execução.

No segundo capítulo, é explicada a questão da participação social no SUS. Para tanto, inicialmente é feita uma reflexão sobre Estado, cidadania e controle social, para então se analisar o contexto da participação social no Brasil, buscando destacar, especialmente, a participação em saúde. Além disso, são abordados os espaços de participação no SUS, ou seja, as Conferências e os Conselhos de Saúde, buscando apontar os limites para o exercício da participação social nos termos do processo de construção realizado pelo movimento da reforma sanitária brasileira.

No terceiro capítulo, de forma introdutória, é trazida a questão da democracia no Brasil, especialmente os fatos que se desenvolveram desde 2013. Ademais, busca-se apresentar e problematizar as principais categorias identificadas na Teoria da Democracia Radical proposta por Chantal Mouffe.

Por fim, no quarto e último capítulo, a partir de um recorte da questão política local e tendo em vista a estrutura do SUS, o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (por meio de suas atas entre os períodos de

2017-2019 e entrevista aplicada aos(às) conselheiros(as) municipais de saúde titulares) e a organização e relatório final da 8ª Conferência Municipal de Saúde, é realizada análise do espaço de participação social no âmbito do SUS e, posteriormente, uma leitura desse espaço partindo de algumas categorias extraídas da Teoria da Democracia Radical de Chantal Mouffe.

Salienta-se que a temática desta obra é de suma importância para o debate envolvendo o SUS, pois entende-se que não se pode enxergar a Constituição Federal de 1988 como um ponto de chegada, que criou o SUS e definiu como ocorreria a participação social nele. Pelo contrário, devemos compreender o SUS como um processo de luta diária, sendo fundamental, nesse caminho, o fortalecimento dos indivíduos, grupos e organizações que atuam no âmbito da garantia do direito à saúde. Assim, possibilita-se construir um marco de ação que permita a todos(as) criar as condições que garantam o acesso de qualidade aos serviços de saúde oferecidos pelos SUS, além de promover a cidadania participativa no âmbito democrático brasileiro.

Ressalta-se que a pesquisa que deu origem a esta obra foi desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (PPGD/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC), grupo de pesquisa cadastrado e certificado pela Unesc, na linha de pesquisa de Direito Sanitário e Controle Social em Saúde. Essa linha de pesquisa tem como objetivo estudar o direito à saúde a partir de uma análise interdisciplinar envolvendo os conhecimentos da área das Ciências Sociais Aplicadas e das Ciências da Saúde. Nesse sentido, o direito à saúde é pesquisado na perspectiva de um direito humano e fundamental inserido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e que deve ser efetivado por meio das políticas públicas a serem desenvolvidas pelo Estado.

No Programa de Pós-Graduação em Direito da Unesc, o estudo vinculou-se à linha de pesquisa de Direito, Sociedade e Estado, que tem por escopo investigar a materialização dos direitos resultados dos processos de transformação social que o Brasil e a América Latina vivenciaram e que refletiram na constitucionalização dos Direitos Humanos, dentro de um diálogo permanente e democrático que envolve as instituições estatais e a sociedade,

pressupondo a participação da sociedade nos processos de formulação, execução e avaliação das políticas públicas (neste trabalho, as de saúde) e o reflexo dessas ações na elaboração do saber jurídico.

CAPÍTULO 1

O SUS NO BRASIL: HISTÓRIA, CONSTITUCIONALIZAÇÃO, AVANÇOS E DESAFIOS



[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)



Neste primeiro capítulo, sob uma perspectiva interdisciplinar/transdisciplinar, aborda-se as políticas de saúde no Brasil ao longo da história (das primeiras ações e serviços de saúde à construção do SUS), buscando demonstrar que tais políticas foram estruturadas para responder aos contextos políticos, econômicos e sociais de cada época.

Observa-se que grande parte do percurso das políticas de saúde no país foi marcado pela exclusão de imensa parcela da população, tendo acesso aos serviços de saúde aqueles(as) que exerciam trabalho formal e podiam contribuir ou pagar por eles, restando aos(às) demais recorrer, quando possível, para a caridade ou, ainda, para as práticas alternativas. Em determinado período, tal modelo ficou conhecido por seguro social, constituindo-se em prática hegemônica por um longo tempo no país graças às elites governantes que concentraram o poder de decisão das políticas estatais.

As maiores transformações nas políticas de saúde podem ser verificadas a partir de meados de 1970, em meio às práticas de resistência contra a ditadura militar (1964-1985). Nesse período, frente à ausência de uma política de saúde organizada e universal para a população, emerge o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, com ideias e propostas de construir os alicerces da implementação de um sistema de saúde público e único, que viesse atender a todos os níveis de atenção à saúde de forma universal e igualitária para o povo brasileiro.

Promulgada em 5 de outubro de 1988, a sétima Constituição do Brasil estabeleceu, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, inaugurando a concepção de seguridade social. Indo além, determinou, no artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o SUS, organizado sob princípios e diretrizes nos quais se destaca a integralidade e a participação social (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, é importante destacar que a criação do SUS foi resultado de um longo processo de luta que envolveu diversos atores sociais, na esteira do processo redemocratização do País. Passados (em 2018) 30 anos

de implantação dessa política pública de Estado, verificam-se inúmeros avanços nas condições de acesso e melhorias nas ações e serviços de saúde, ainda que persistam alguns desafios, que merecem reflexão, para a concretização desse projeto, que se constitui em uma das maiores conquistas históricas do povo brasileiro.

A CONFORMAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL, 1500-1985: A (DES)ORGANIZAÇÃO DE UM (NÃO) SISTEMA DE SAÚDE.

A história das políticas de saúde no Brasil modificou-se inúmeras vezes ao longo do tempo, moldando-se às circunstâncias políticas, econômicas e sociais de cada período. Relembrar algumas características nesse percurso histórico é um dos elementos indispensáveis para compreender a ligação intrínseca entre a participação comunitária e a constitucionalização do SUS.

Ao percorrer a história das políticas de saúde no Brasil, observa-se que desde a invasão da Coroa portuguesa, em 1500, até o fim do Império, em 1889, as questões ligadas à saúde da colônia eram de mínimo interesse da metrópole, preocupada tão somente em explorar as riquezas do território em um primeiro momento.

Segundo Singer, Campos e Oliveira (1978), no período do Brasil Colônia a organização dos serviços de saúde estava moldada ao sistema existente em Portugal. Conforme afirmam Escorel e Teixeira (2012, p. 280), as ações da Coroa portuguesa no campo da saúde se “restringiram à regulamentação das artes de curar, realizada por tribunais portugueses que expediam licenças, autorizando a prática aos diversos tipos de postulantes que comprovassem experiência”.

Devido ao pequeno número de médicos (à época, conhecidos por “físicos”) e à inexistência de ações visando à saúde, a população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeira ou fisicamente. Era comum procurar atendimento com os cirurgiões barbeiros, boticários, parteiras,

sangradores, curandeiros e pajés pelos rincões do país. (BAPTISTA, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Os médicos não desejavam vir para a Colônia devido ao baixo valor pago a eles e, também, às incertezas e aos perigos que podiam encontrar (BERTOLLI FILHO, 2011).

Nesse período, surgem também as primeiras organizações hospitalares, chamadas de Santa Casa de Misericórdia. Inspiradas nos princípios da caridade cristã (herança católica de Portugal), figuras de importância social e administrativa fundavam e mantinham essas obras, destinadas ao abrigo de indigentes, viajantes e doentes. A primeira Santa Casa é fundada por Brás Cubas em 1543, na cidade de Santos/SP, seguida pela “Santa Casa da Bahia (1550), do Rio de Janeiro (1582), de Olinda (1540), de São Paulo (1714), de Belém do Pará (1654) e várias outras.” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978, p. 96, 97).

A fuga da Corte portuguesa para o Brasil em 1808 não representou uma mudança radical na política de saúde do país. Segundo Escorel e Teixeira (2012, p. 280), com a chegada da Corte ao Rio de Janeiro, “[...] foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras: a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de Saúde”.

Cabiam à Fisicatura-mor as ações de fiscalização do exercício da medicina e a aplicação de exames para habilitação dos interessados em trabalhar oficialmente nas artes da cura, além da aplicação de multas àqueles que exerciam o cargo sem habilitação legal (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Quanto à finalidade da Provedoria-mor, observa-se o estabelecimento do regimento de normas para vigilância sanitária dos portos do Estados, instituição de lazareto, controle de mercadorias e comestíveis, bem como a inspeção em matadouros e açougues públicos (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978).

Grande parte das ações sanitárias nesse período concentrava-se no Rio de Janeiro, pois a cidade servia de sede provisória da coroa lusitana, além de estar localizado, nela, o principal porto do país. Também foi nessa época que se fundaram as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e

da Bahia (1815), transformadas, com o processo de Independência, nas duas primeiras escolas de medicina do país (BERTOLLI FILHO, 2011).

As poucas mudanças ocorridas com a chegada da Coroa portuguesa na área da saúde foram na capital (Rio de Janeiro), com vistas ao melhor atendimento da Corte portuguesa, e também na área portuária, com o objetivo de possibilitar a exportação dos produtos produzidos (VIEIRA, 2013).

Por decreto imperial, em 1828, foram abolidas a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor, atribuindo-se as responsabilidades dos serviços de saúde pública às municipalidades (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978). Segundo Escorel e Teixeira (2012, p. 280), “[...] atuando de forma totalmente descentraliza, os municípios acabaram agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais, normalmente definidos pela classe senhorial”.

As décadas seguintes à municipalização dos serviços de saúde pública não representaram uma melhora nas condições de saúde da população; pelo contrário, num contexto de crise sanitária das cidades devido ao agravamento de epidemias (principalmente da febre amarela e varíola), o governo imperial voltou a centralizar o poder, empreendendo uma reforma nos serviços de saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Procurando unidade na direção dos serviços sanitários, em 1850, cria-se a Junta Central de Higiene Pública, que, segundo Escorel e Teixeira (2012, p. 281), “[...] passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde pública criadas nas províncias”. Ainda assim, esse modelo mostrou-se ineficiente, pois, conforme lembram Escorel e Teixeira (2012, p. 281), as províncias estavam encarregadas de alocar recursos e executar as ações, e com exceção do Rio de Janeiro, “[...] o governo imperial pouco se dispôs a transferir recursos para as províncias, mesmo em momentos de crises epidêmicas”.

Até a última década do governo imperial, a organização dos serviços de saúde não passou por grandes alterações. Em 1886, foi criado o Conselho Superior de Saúde Pública (em substituição da Junta Central de Higiene

Pública), bem como a Inspetoria Geral de Higiene (encarregada dos serviços sanitários terrestres) e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos (encarregada dos serviços sanitários marítimos). Mesmo depois da implantação dessa reforma, a fase imperial da história no país se encerrou sem solução para os graves problemas de saúde da coletividade (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978; ESCOREL, TEIXEIRA, 2012; BERTOLLI FILHO, 2011).

A fragilidade da organização sanitária criada pelo Império deixou a maioria da população sem qualquer atendimento, em um contexto de quase indigência. Enquanto isso, os membros da elite política e econômica que possuíam recursos contratavam médicos particulares para o seu atendimento (PAIM, 2009b; VIEIRA, 2013).

Durante o período conhecido como Primeira República (1889-1930), quando o país foi governado pelas oligarquias dos Estados mais ricos (São Paulo e Minas Gerais), o governo buscou estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional. Foi nessa época que se assistiram as maiores transformações nas políticas de saúde, a partir da atuação de Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e de Carlos Chagas como diretor da Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP).

A vinculação desse período às oligarquias é reflexo, inclusive, do processo de Proclamação da República, que se deu por meio de um Golpe de Estado (VIEIRA, 2010).

No que diz respeito ao texto da nossa primeira Constituição Republicana, nada tratou, mesmo de forma indireta, do que denominamos direito à saúde. Nele, é ausente a responsabilização do Estado e de suas estruturas pela garantia do atendimento à saúde para a população (BRASIL, 1891). Na prática, o governo central restou omissa ao deixar “[...] a tarefa de realizar as ações de saúde aos Estados-membros, que ainda estavam descobrindo o seu papel dentro do modelo republicano e federalista.” (VIEIRA, 2013, p. 287).

Essa omissão do governo federal fica mais clara ao se constatar que não se procurou organizar um ministério da saúde ou equivalente no perío-

do, sendo questões referentes à saúde pública conduzidas pelo Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. Conforme ressalta Paim (2009b, p. 29), “[...] a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social”.

Para Galvão (2009, p. 20) “[...] desde o momento que se instaura a hegemonia das classes ligadas à produção capitalista do café, foram buscados padrões de atuação sanitária diferentes dos que predominaram no período escravista”.

De fato, conforme afirmam Bertolozzi e Greco (1996, p. 382), “[...] com a vinda de incontável número de pessoas, as condições sanitárias para a sua recepção e permanência no Brasil tornaram-se cada vez mais difíceis”. Nas regiões agrícolas de produção do café e nos centros urbanos, com influência do processo comercial, manufatureiro e industrial, era urgente a necessidade de políticas públicas para preservação da força de trabalho (GALVÃO, 2009).

Lembra Baptista (2007) que, nesse período, intensifica-se a busca por conhecimento e ações na área da saúde pública. Alguns exemplos foram a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1897; o estímulo às pesquisas nas faculdades de Medicina e no exterior (no instituto Pasteur); e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, inaugurado em 1900.

Maiores transformações no setor de saúde ocorreram a partir de 1902, no governo de Rodrigo Alves (1902-1906), com a implementação de uma reforma urbana e sanitária na então capital do país que, segundo Galvão (2009), atingiu predominantemente os hábitos e costumes da população pobre e da classe média baixa, por meio das medidas adotadas como as demolições de construções antigas e expulsão dos moradores, a abertura de ruas, a instituição de leis sobre o comércio, etc.

Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor da DGSP com o objetivo de eliminar a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Focando no combate ao vetor da doença (mosquito), o sanitarista instituiu a Polícia Sanitária, encarregada de intervir nos domicílios mesmo sem o consentimento dos moradores. A execução das campanhas nesse modelo intervencionista gerou

certa resistência por parte da população, o que foi agravado com a campanha de vacinação obrigatória antivaríola, desencadeando o movimento de revolta popular conhecido como Revolta da Vacina (GALVÃO, 2009). A forma como o modelo foi executado, sem esclarecimento e diálogo com a sociedade, quase derrubou o então Presidente da República, Rodrigues Alves (VIEIRA, 2013).

Mesmo com o sucesso do modelo campanhista no combate às endemias, a saúde, para o Estado brasileiro, ainda estava relacionada com as crises sanitárias, pois uma vez debeladas as epidemias e outros problemas ocasionais, poder-se-ia prescindir do gasto federal em saúde pública (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

As vicissitudes desse contexto sanitário e social, de 1910 a 1920, favoreceram o surgimento, em 1918, da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que tinha como um dos seus principais objetivos combater a ideologia colonialista que apontava como causa do atraso do país e da situação sanitária “[...] a composição étnica da população e a miscigenação racial”. Além disso, a Liga lutava pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões (GALVÃO, 2009, p. 26; SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 294).

Mesmo com as dificuldades de seguir com um projeto mais amplo de transformações nas condições de saúde, em decorrência do limitado espaço de mudanças vivido no período oligárquico, o movimento pelo saneamento rural conseguiu, em maio de 1918, criar o Serviço de Profilaxia Rural, com o propósito de combater as endemias da região agrária do país. Além disso, a liga almejava a criação de um órgão em nível federal que coordenasse as ações de saúde em todo território nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; GALVÃO, 2009).

O órgão tão almejado pela Liga Pró-Saneamento do Brasil foi aprovado pelo Decreto n. 3.987, de janeiro de 1920, o qual criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado diretamente ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, marcando a ampliação das atribuições do governo federal no campo da saúde pública (BRASIL, 1920).

A normatização de um Código Sanitário com vigência em todo território nacional foi produzida nesse período (1920), a partir das contribuições de Carlos Chagas (primeiro diretor da DNSP). Visando reorganizar os serviços de saúde pública, foram criadas três diretorias vinculadas à DNSP: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres da Capital Federal; Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial; e Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural, esta última, responsável por acordos com os governos estaduais e municipais para promoção de serviços de higiene, especialmente os de combate às endemias no interior do país (BRASIL, 1920).

Embora o previsto no projeto de atuação do DNSP não tenha sido alcançado, ainda assim, os recursos escassos destinados ao departamento foram prioritariamente utilizados nas campanhas contra as doenças que constituíam um problema grave de saúde pública, tais como a ancilostomíase, a malária, a tuberculose e a doença de Chagas (LÖWY, 2006).

Essas mudanças acabaram sendo abarcadas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps), cujo arranjo já vinha ocorrendo de maneira informal desde a década de 1910, a partir da organização dos(as) trabalhadores(as) mais articulados politicamente (BAPTISTA, 2007; BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Legalmente, as Caps foram criadas pelo Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (conhecido como Lei Elói Chaves), em cada empresa das estradas de ferro no país, cujos fundos eram formados, principalmente, pela contribuição mensal de 3% dos salários dos empregados e uma contribuição anual de 1% da renda bruta da empresa. Os benefícios previstos para os segurados que estavam em dia com as contribuições eram o socorro médico em caso de doença para o empregado e familiar dependente; o desconto em medicamentos determinados pelo Conselho de Administração da respectiva Caixa; a aposentadoria ordinária e por invalidez para o empregado contribuinte; e pensões para os herdeiros em caso de morte (BRASIL, 1923).

Em 20 de dezembro de 1926, o Decreto n. 5.109 estendeu as Caps a todas as estradas de ferro do país exploradas pela União, os Estados e os Municípios ou de particulares, e instituiu-as igualmente em todas empresas de navegação marítima ou fluvial e nos estabelecimentos portuários. Cabe

mencionar que, no rol dos serviços prestados, com a edição do novo decreto, acrescentou-se o benefício da internação hospitalar em casos de intervenções cirúrgicas. Quanto ao papel do Estado, além da legalização e fiscalização das atividades, cabia analisar por meio do Conselho Nacional do Trabalho recursos dos trabalhadores e herdeiros frente às decisões do Conselho de Administração das respectivas Caixas (BRASIL, 1926).

Segundo Cohn e Elias (2001), não obstante a resistência de alguns setores e da própria falta de fiscalização do Estado, as Caps se multiplicaram rapidamente, principalmente no Sudeste do país, que representava o núcleo da economia brasileira. Ainda que as Caps contemplassem parcelas mínimas dos trabalhadores com contrato formal de trabalho, esse modelo representou o embrião do sistema de Seguro Social no Brasil, aprofundado posteriormente por Getúlio Vargas.

É no período do governo de Getúlio Vargas (1930-1945) que as políticas de saúde no Brasil assumiram um caráter de dualidade a partir do processo de institucionalização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Para compreender essa característica dual estabelecida nas políticas de saúde, é importante assinalar determinados aspectos políticos, econômicos e sociais que marcaram a chegada de Vargas ao poder.

No campo da política, a chegada ao poder de Vargas em 1930 representou a ruptura com a hegemonia da oligarquia do “café com leite” que, até então, havia privilegiado os interesses dos cafeicultores de São Paulo e dos pecuaristas de Minas Gerais, intensificando a centralidade do poder no âmbito do governo federal a partir da implantação de algumas reformas institucionais e pontuais mudanças na legislação nacional (BARATA, 2000; SCLIAR, 2002).

Entretanto, essa chegada de Vargas ao poder, pondo um fim na Primeira República e na exclusividade do controle político de São Paulo e Minas Gerais, ocorreu no contexto de um Golpe Militar na esteira de movimento revolucionário (VIEIRA, 2013).

Nesse sentido,

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).

No campo econômico, tal período foi fortemente marcado pelo processo de industrialização do país e pelo intervencionismo estatal inspirado no modelo de *Welfare State* (mesmo que de forma embrionária). Essa mudança refletiu na questão social, pois, atrelado ao aumento do êxodo rural, acompanhou-se maior concentração da classe trabalhadora e da classe burguesa diretamente ligada às indústrias nas grandes cidades que ainda passavam por um processo de urbanização (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Segundo 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.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, segundo Scliar (2002) havia aqueles (poucos) que podiam pagar e eram atendidos em consultórios e hospitais particulares, e os pobres (muitos) que continuavam a recorrer às Santas Casas, ou então aos curandeiros.

O fato é que o contexto sanitário de 1930 permaneceu praticamente inalterado se comparado ao período anterior. As mesmas doenças endêmicas e epidêmicas que haviam dominado o cenário nacional em períodos anteriores se faziam presentes, “[...] agregando-se a elas a emergência de novos problemas ou de antigos sob novas roupagens.” (BARATA, 2000, p. 338).

Cidade e campo permaneciam doentes, contudo, os grandes centros urbanos passaram a contar com uma massa trabalhadora organizada que passaria a reivindicar algumas melhorias, que a princípio foram parcialmente atendidas por Getúlio a partir da instituição do salário mínimo, da codificação da legislação trabalhista, etc. Porém tais medidas não tiveram impacto direto na área da saúde, pois ao lado da intensa inflação da época, acentuou-se a piora das condições de vida dos trabalhadores, refletindo diretamente nas demandas por saúde e assistência médica (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Para não perder o capital político dos(as) trabalhadores(as), o governo investiu na criação de um novo modelo de instituição previdenciária, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agora organizados por categorias profissionais em âmbito nacional e não mais por empresa, como ocorria com as Caps (FONSECA, 2007).

Segundo Fonseca (2007), apesar das restrições iniciais, a área previdenciária foi fortalecendo seu papel nas ações de medicina clínica e consolidou-se, ao longo das décadas seguintes, como a principal fonte de prestação de serviços médicos a seus/suas segurados(as). Aos poucos, os vários IAPs (industriários, comerciários, bancários, marítimos) foram introduzindo serviços de assistência médica que se destinavam tanto a preservar a higidez da classe trabalhadora como a proporcionar retorno político (SCLIAR, 2002).

É em razão desse modelo institucional implantado que se afirma o aprofundamento na dualidade nas políticas de saúde nesse período, pois, ao subordinar os IAPs ao MITC, as ações de saúde pública à cargo do MESP destinavam-se à população não segurada pelo sistema previdenciário, que “[...] apresentava uma grande diversidade de interesses e necessidades, encontrando-se dispersa por todo o país, sem canais formais de agrupamento que

facilitassem a identificação e reivindicação de suas necessidades.” (FONSECA, 2007, p. 48).

Esse modelo de atenção à saúde, construído a partir de 1930, não a estabelecia como direito inerente a qualquer cidadão, pois:

Ao distinguir, entre a população, os cidadãos e os pré-cidadãos, aqueles que têm e os que não têm direito ao sistema previdenciário, e imprimir tal orientação a política social por meio da divisão entre os dois ministérios, 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. (FONSECA, 2007, p. 55).

Concernente aos programas de Saúde Pública ligados ao MESP (criado pelo decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930), alguns voltaram-se para criação de condições sanitárias mínimas dos centros urbanos, de maneira a suportar o contingente migratório. “No entanto, permaneciam via de regra, limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitaria adotado (campanhista).” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 384).

Segundo Hochman (2005), no período getulista, sob a gestão de Gustavo Capanema à frente do MESP (1934-45), acompanhou-se o marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública como política estatal, com a aprovação da Reforma proposta por Capanema em 1937.

Por edição da Lei n. 378, de 1937, o território brasileiro foi dividido em oito regiões, para efeito da administração dos Serviços da Educação e Saúde, contando cada uma dessas regiões com uma Delegacia Federal de Saúde, responsável por “[...] supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde.” (HOCHMAN, 2005, p. 132).

Ainda, com edição da reforma em 1937, o MESP passou a denominar-se Ministério da Educação e Saúde (artigo 1º); foi criado o Conselho Nacional de Saúde, de caráter consultivo (artigo 67); e instituída a Conferência Nacional de Saúde (artigo 90), destinada à discussão das questões relativas à saúde pública entre autoridades administrativas da esfera federal e estadual (BRASIL, 1937).

Outro aspecto do perfil centralizador da saúde pública no período getulista é evidenciado com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, por meio do Decreto n. 3.171, de 2 de abril de 1941, quando foram criados os serviços nacionais voltados para doenças específicas, perpetuando a lógica campanhista. Foram instituídos os serviços nacionais da peste, da tuberculose, da febre amarela, do câncer, da lepra, da malária, de doenças mentais, de educação sanitária, de fiscalização da medicina, de saúde dos portos, de bioestatística e de águas e esgotos (HOCHMAN, 2005; BRASIL, 1941; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Na análise de Vieira (2013), não há como negar a contribuição de todo o arcabouço institucional criado no governo Vargas na construção do modelo de saúde pública do país, porém, ficou marcada a ideia de um sistema seletivo de caráter contributivo ao se excluir parcelas significativas da população brasileira dos serviços de saúde.

O fim do período varguista e da ditadura por ele conduzida, de 1937-1945, quando Vargas saiu do poder, não se direcionava a ele, especificamente, tendo em vista que “[...] 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).

Conforme Vieira (2013, p. 299),

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

OMS e a DUDH¹ 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.

O período de 1946 a 1964 (até o Golpe Militar), conhecido pela redemocratização (depois do golpe que instituiu o Estado Novo), não modificou o modelo corporativo do sistema previdenciário criado no primeiro governo Vargas. A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960, doravante LOPS) buscou unificar a legislação referente aos benefícios prestados pelos IAPs, permitindo assistência médica a um maior número de segurados. Entretanto, a LOPS, que tramitou 14 anos no Congresso Nacional antes de ser aprovada, não foi implementada (RAEFFRAY, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Ainda no campo da previdência social, destaca-se, no mesmo período, a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), em 1949, destinado aos segurados e beneficiários da CAPs e IAPs, inaugurando “[...] o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.” (MERCADANTE *et al.*, 2002, p. 237).

A maior alteração nesse período, com relação à organização institucional da política de saúde no país, ocorreu em maio de 1953, com a criação do Ministério da Saúde (MS), o que não representou, *a priori*, uma melhoria nas ações de saúde coletiva, pois a nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 1950, perpetuando o descaso dos governantes para com a saúde dos brasileiros não amparados pelos serviços médicos da previdência social. Assim, o pouco orçamento destinado para o ministério impedia que o

1 Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Estado atuasse com maior eficácia na situação da saúde coletiva (BERTOLLI FILHO, 2011).

Esse breve período democrático foi interrompido pelo Golpe de Estado em 31 de março de 1964, o qual implantou a ditadura militar no Brasil e que perdurou por 21 anos (1964-1985). Compreende Vieira (2013) que a opção pelo regime de exceção representou o caminho utilizado pelas forças conservadoras (militares e setores reacionários das oligarquias civis) para a manutenção da estrutura social vigente no país. Segundo Bertolli Filho (2011, p. 49), “[...] classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantis, sindicais e religiosos, que lutavam pela melhoria das condições de saúde do povo”.

Para 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 coalizção que decorrem as características do regime 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.

Durante toda a primeira década do regime militar, configurou-se um sistema de atenção à saúde caracterizado pela hegemonia do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde, construído a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social (SCOREL, 2012).

Foi no período de 1966-1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde,

divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. Isto porque a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde. (MERCADANTE *et al.*, 2002, p. 240).

A unificação das instituições de seguro social ocorreu com a edição do Decreto-Lei n. 72, de 21 de novembro de 1966, que deu origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Escorel (2012), o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado sob o lucro.

No início da década de 1970, a política adotada pelo INPS ampliou a inclusão de novas categorias profissionais ao sistema previdenciário (trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos), o que ocasionou o aumento da procura por serviços e dos gastos no setor da saúde (BAPTISTA, 2007).

Mesmo com a inclusão de novas categorias no sistema de proteção, parcelas significativas da população ainda não tinham acesso aos serviços de saúde.

Os índices de saúde mostravam a situação alarmante vivida pelo país. Apenas para citar alguns dados: a esperança de vida ao nascer na década de 1970 era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos vivos, e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. (BAPTISTA, 2007, p. 41, 42).

Ainda na década de 1970, outras transformações ocorreram no âmbito das políticas de saúde, especialmente no que diz respeito à assistência médica previdenciária, destacando-se:

- a. a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instituído pela Lei n. 6.168, de 9 de dezembro de 1974, e destinado ao apoio financeiro de programas e projetos sociais (principalmente relacionados à Educação e à Saúde). No campo da saúde, majoritariamente, os recursos foram investidos na construção e aquisição de equipamentos de unidades privadas hospitalares (SCOREL, 2012);
- b. a instituição do Plano de Pronto Ação (PPA), determinando que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados, independentemente do paciente ser ou não segurado ou dependente. Escorel (2012, p. 338) lembra que o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas, visto que “em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias”;
- c. em 1974, também foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), responsável pela organização das ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social (BAPTISTA, 2007);
- d. a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), instituído pela Lei n. 6.229 de 1975, com objetivo de organizar “[...] o complexo de serviços de saúde do setor público e privado, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.” (RAEFFRAY, 2005, p. 239);
- e. a promoção do Programa de Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976, estendendo os serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país (BAPTISTA, 2007);
- f. a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), tornando-se, este, “[...] o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.” (BAPTISTA, 2007, p. 44);
- g. e a formação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas) em 1977, que teve por objetivo dividir em órgãos/entidades diferentes as competências referentes à prestação de benefícios previdenciários e à prestação de serviços médicos (VIEIRA, 2013).

Nesse período, a área da saúde pública, “[...] por ter seus programas distribuídos por vários ministérios, era prejudicada pela grande pulverização de recursos e pela falta de coordenação que tal situação acarretava”, assim, “[...] carente de recursos, precariamente estruturado e subordinado a lógicas e prioridades de outros setores”, o MS agonizava diante dos problemas colocados na sua esfera de competência (PONTE; NASCIMENTO, 2010, p. 191).

Em paralelo às transformações ocorridas nas políticas de saúde na década de 1970, a ditadura militar, já demonstrando sinais de falência política e econômica, colocava em marcha, ainda que de forma “lenta, gradual e segura”, o processo de transição para o regime democrático. Foi nesse período que emergiu, junto aos movimentos de resistência que buscavam as liberdades democráticas e pediam o fim da ditadura militar no país, o movimento sanitário. Denunciando as condições de saúde da população brasileira, o movimento sanitário, na luta pela redemocratização do país, buscou atuar “por dentro e por fora” do aparelho estatal de forma a dar início a uma reforma sanitária no país que alterasse radicalmente os padrões adotados na execução das políticas de saúde até então, o que se concretizou com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

NOVOS ARRANJOS PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE: O MOVIMENTO SANITÁRIO, A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS

A luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surgiu em meados dos anos de 1970, junto a um processo de fortalecimento da sociedade civil organizada que, até então, encontrava-se afastada dos espaços da política nacional. Para fins de compreensão, será adotada a “divisão” elaborada por Paim (2009a, p. 31) para análise dos distintos momentos que englobam a RBS e que culminaram com a criação do SUS em 1988.

Para Paim (2009a, p. 31), a RSB foi desenvolvida em distintos momentos, compreendendo as fases de ideia, proposta, projeto e processo. Surgiu como

ideia ao vincular-se “[...] à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva” e à busca de alternativas para a crise da saúde durante o período autoritário; em seguida, se organiza como proposta ao conjugar e articular princípios e proposições políticas, sendo esse momento representado pela confecção do “[...] documento *A questão democrática na área da saúde*, apresentado pelo Cebes durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados”; como projeto, a reforma sanitária foi sistematizada no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986.

Por fim, o processo da RSB é compreendido por Paim (2009a, p. 32) como “[...] um conjunto de atos relacionados a práticas sociais” (econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas) ocorridas depois da 8ª CNS: a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS); a constituição da Plenária Nacional de Saúde; a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS); o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte²; a Constituição de 1988 e a conjuntura pós-88.

Salienta Paim (2009a, p. 31) que, sustentando essa ideia, proposta e projeto, a RSB tinha “[...] como suporte um movimento que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais” que ficou conhecido com movimento sanitário.

Para compreender o surgimento do movimento sanitário, nos recorda Arouca (1987, p. 37) que, no auge do chamado “milagre econômico”, quando o Brasil “[...] conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados”. Logo, “[...] passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um

2 Na prática, configurou-se como um Congresso Constituinte, haja vista não ter sido fruto de convocação para uma Assembleia Nacional Constituinte exclusiva, mas da concessão de poderes constituintes ao Congresso Nacional (que, na época, inclusive, contava no Senado Federal com os/as senadores/as biônicos – eleitos de forma indireta) (VIEIRA, 2010, 2013).

modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário.” (AROUCA, 1987, p. 37).

Foi no sentido anterior que se cunhou a frase: “Saúde é democracia”, pois o problema do país não era falta de “[...] conhecimentos, técnicas e profissionais para resolver o problema de saúde”, segundo Arouca, mas “[...] de decisão política, e a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida do nosso povo.” (AROUCA, 1987, p. 37).

Foi na passagem da década de 1970 para a de 1980 que floresceram os movimentos sociais com a proposta de “[...] democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da democratização da saúde”. Toda 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.” (PAIM, 2012, p. 10; VIEIRA, 2013, p. 315).

Souto e Oliveira (2016, p. 205) destacam o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) pelo seu caráter contra hegemônico, pois, ao afirmar a saúde como direito universal de cidadania, “caminhava” na direção oposta ao projeto de “[...] globalização neoliberal com sua agenda de restrição de direitos, de focalização das políticas sociais preconizadas pelas agências internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional), como única saída para a crise fiscal das décadas de 1970/1980”.

A composição do MRSB uniu intelectuais da área da saúde (médicos e lideranças políticas), organizações estudantis, sindicais e comunitárias, movimento da medicina comunitária, movimentos das outras áreas da saúde e o movimento popular em saúde (VIEIRA, 2013; GERSCHMAN, 1995).

Esse movimento, inspirado na Reforma Sanitária Italiana, influenciou também o âmbito acadêmico, além de desempenhar um papel importante “[...] em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70 [1970]” (GERSCHMAN, 1995, p. 41).

No âmbito acadêmico, Gerschman (1995) comenta o impulso que o Movimento Sanitário teve na década de 1970, com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de Medicina, a partir de onde se difundiu o pensamento crítico em saúde. Escorel (1999) assinala que, mesmo desarticulados, os críticos do modelo dominante na saúde concentravam-se nas universidades, onde se constituiu a base do movimento sanitário, formado por profissionais e estudantes do setor.

Junto ao meio acadêmico, houve também avanços na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, por meio de programas de extensão universitária e a partir das Secretarias Municipais de Saúde no interior de alguns Estados, onde se tinha certo controle político sobre as prefeituras (GERSCHMAN, 1995).

Segundo Escorel (2012), as eleições municipais de 1976 abriram espaços privilegiados de trabalho, ressaltando os projetos desenvolvidos no âmbito de algumas Secretarias Municipais de Saúde, como as de Londrina/PR, Campinas/SP e Niterói/RJ. Tais projetos tiveram por modelo de desenvolvimento a extensão de cobertura por meio dos serviços básicos (atenção primária), difundidos por organismos internacionais.

Segundo Paiva e Teixeira (2014, p. 22), “[...] ao mesmo tempo em que essas ações eram concebidas e implementadas, o movimento da reforma sanitária brasileira avançava em seu processo de organização, alcançando maiores níveis de institucionalidade”. Tal organização do movimento sanitário pode ser visualizada quando da criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979.

A passagem do pensamento crítico em saúde para uma proposta de ação ocorre quando a ditadura chega ao seu esgotamento, e o movimento sanitário apresenta propostas para a Política Nacional de Saúde. Isso foi possível não só pela criação de quadros profissionais que se identificavam com os ideais do movimento, mas também pelos meios de comunicação (criação da revista Saúde em Debate; Proposta – Jornal da Reforma Sanitária, etc.), pelo espaço

acadêmico consolidado, pela reestruturação dos movimentos sindicais, entre outras práticas (AROUCA, 2002).

A ocupação de cargos dentro e fora das instituições do governo, entre 1974 e 1988, por atores que integravam o movimento sanitário, foi decisiva no “[...] objetivo de influenciar e promover a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde.” (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 15).

O movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra-hegemônico, com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de Saúde ou definidoras da política de Saúde e em outros *loci* da máquina governamental setorial. Essa experiência acumulada nos “anos Geisel” iria traduzir-se nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu nos “anos Figueiredo”, independentemente de sua operacionalização, desde o PREVSAÚDE até as Ações Integradas de Saúde. (SCOREL, 1999, p. 184).

Um fato marcante nesse contexto é a apresentação da plataforma programática do movimento sanitário, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em outubro de 1979. A eleição, em 1978, de vários deputados com particular interesse na área possibilitou a recuperação desse fórum de debates junto à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (FLEURY, 1997; SCOREL, 1999).

O Simpósio contou com uma “[...] ampla representação institucional que lhe conferia legitimidade”, sendo que as principais discussões e conclusões tiveram de alicerce o documento *A Questão Democrática na Saúde* (produzido pelo Cebes), trazido como colaboração para o Simpósio. Tal documento analisava a conjuntura nacional e as políticas de saúde à época, porém não se restringia a esse aspecto; além disso, como forma de proposição, apresentava um projeto de “[...] reorientação do sistema de saúde brasileiro, com base na

descentralização, na integração institucional, na regionalização e hierarquização da rede assistencial, e na participação popular, com ênfase nas ações básicas de saúde.” (RODRIGUES NETO, 1997, p. 66).

Entre as propostas feitas pelo Cebes, destacam-se:

1. O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.
2. O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.
3. O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.
4. O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas. Por isso, são necessárias medidas que: 1. Obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina; 2. Transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população; 3. Criem um SUS; 4. Atribuem ao Estado a responsabilidade total pela administração deste Sistema; [...] (CEBES, 1980, p. 11-13).

Conforme assinala Fleury (1997, p. 28), tais propostas tornaram-se norma legal 10 anos depois, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, tamanho o “[...] amadurecimento da proposta reformadora”.

As propostas e o processo de reformulação da política de saúde adquiriram sua “mais acabada expressão” com a 8ª CNS, realizada em 1986, quando o termo “reforma sanitária” foi a denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde (GERSCHMAN, 1995; PAIM, 2012).

Para realizar a conferência, o Ministério da Saúde convocou diversos personagens, entre eles gestores, técnicos e usuários, para discutir abertamente sobre a reforma do sistema de saúde. A presidência da 8ª CNS/1986 ficou a cargo de Sergio Arouca. Recusaram-se a participar da Conferência os representantes do setor privado da saúde, pois não a reconheciam como um espaço legítimo de discussão; assim ocorreu, também, com a quase nula participação do legislativo (COHN, 1989).

A 8ª CNS incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde, inclusive na condição de delegados com direito a voz e voto. A conferência integrou um expressivo número de 5.000 participantes, entre os mais diversificados sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada (MERCADANTE *et al.*, 2002; VIEIRA, 2013; BRASIL, 2006a; BALSEMÃO, 2003).

Durante três dias de discussões, nos 135 grupos de trabalho na conferência (38 de delegados e 97 de participantes) ocorreram discussões em torno do conceito de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS, a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular no setor (AGUIAR, 2011).

Os delegados que participaram da 8ª CNS, ao aprovarem 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 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.

rio nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 4).

O presidente da 8ª CNS ressaltava a necessidade de realizar uma ampla e “profunda Reforma Sanitária” no Brasil, que não poderia “[...] ser confundida com reforma administrativa nem apenas com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições.” (AROUCA, 1987, p. 42).

Na perspectiva mencionada, para realizar um efetivo projeto de Reforma Sanitária, assinalava Arouca que:

É fundamental, portanto, que, ao mesmo tempo, se modernize, se lute contra a fraude e se melhore o desempenho institucional, mas sem perder de vista o projeto. E este só aponta para um sentido: a melhoria das condições de vida da população. Se não alcançarmos tais condições, o projeto terá falhado. Que morram menos crianças; que o nosso povo viva e cresça mais e que tenha menos medo; que trabalhe melhor e participe cada vez mais da criação do nosso futuro; que esta Nação se autodetermine e crie um grande projeto brasileiro. É para isso que apontamos. Este é o nosso compromisso, e por isto esta Conferência foi convocada. (AROUCA, 1987, p. 42).

A realização da 8ª CNS teve como resultado a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), a constituição da Plenária Nacional de Saúde e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A CRNS foi instituída por meio de portaria interministerial (MEC/MS/MPAS n. 02/1986) e tinha como principal característica formular sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde. Os trabalhos da Comissão foram desenvolvidos entre agosto de 1986 e maio de 1987 e participaram deles representantes do governo e da sociedade civil de forma paritária (o total de 12 representantes para cada) (FALEIROS *et al.*, 2006).

Durante esse curto período de atuação, a CNRS buscou aprofundar os temas do Relatório Final da 8ª CNS, que se referiam “[...] à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo, pois estava se iniciando o processo constituinte.” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 49).

A partir da formação da Comissão, Gerschman (1995, p. 43) comenta que houve um “[...] deslocamento da luta que vinha ocorrendo no âmbito da social e que culminou com uma proposta de amplo alcance e consenso social para o interior dos organismos estatais da saúde”. Nesse momento, a disputa pela implantação da Reforma Sanitária vai ocorrer mediante os enfrentamentos políticos:

Estes enfrentamentos, que ocorreram no Ministério de Saúde e mais fortemente na Previdência Social, estiveram permeados pelas próprias logicas do setor público, portanto, limitados pela relação de forças no interior dos aparelhos de Estado, afeiçoados ao clientelismo político, a política de favores pessoais e as rotinas burocráticas como uma maneira de impedir a implantação de políticas inovadoras das práticas institucionais. (GERSCHMAN, 1995, p. 43).

Recorda Paim (2012) que críticas aos documentos encaminhados pela CNRS à Assembleia Constituinte não faltaram, pois a concepção adotada pela comissão reduzia-se a uma reforma do setor de saúde, com mudança apenas no sistema desses serviços, o que se distanciava das proposições inovadoras do relatório final da 8ª CNS.

Se a CNRS tinha um caráter mais formalista, a constituição da Plenária Nacional de Saúde, pelo contrário, congregava inúmeros movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição. Conforme Escorel (1999, p. 196):

a Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (Abrasco, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas) além de entidades representativas setoriais como o Cebes, o Conass e o Conasems.

Afirma Escorel (1999, p. 196) que a “[...] Plenária Nacional de Entidades de Saúde retratou uma nova institucionalidade e uma organicidade diferenciada do movimento sanitário”, isso porque “[...] congregou um espectro mais amplo de entidades com diferentes bases sociais, também estabeleceu uma relação mais orgânica entre as vertentes que constituíam originalmente o movimento e as vertentes que então se incorporaram”.

A Plenária Nacional de Saúde influenciou muito os trabalhos da CNRS, pois o que se discutia na Plenária tinha eco na CNRS, “[...] que era um espaço formal e político de deliberações.” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 86). Todo esse movimento de articulação e organização das forças populares em torno da Plenária Nacional possibilitou que “[...] o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um SUS, descentralizado, acessível e democrático.” (GERSCHMAN, 1995, p. 44).

Nesse processo de implementação da Reforma Sanitária, o movimento sanitário obteve uma vitória em 1987, ao ser editado o Decreto n. 94.657/87, que criava o Programa de Desenvolvimento do SUDS (FALEIROS *et al.*, 2006).

O SUDS, caracterizado como embrião do novo sistema proposto pela Reforma Sanitária, representou a negação do sistema então vigente de assistência à saúde. À época, acreditava-se que o SUDS acionaria mudanças “[...] imediatas nos serviços de saúde, coerentes com os princípios da democratização da saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos

e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde.” (PAIM, 2008b, p. 137, 138).

Nas propostas do SUDS, incluíam-se a redução da máquina previdenciária de nível estadual; “[...] a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado.” (SCOREL, 1999, p. 193).

Escorel (1999) ainda acrescenta que a implementação do SUDS nos Estados e municípios dependia do grau de compromisso dos dirigentes políticos e setoriais locais com a proposta e, mesmo contando com amplo apoio no início, o desenvolvimento dele encontrou diversas dificuldades a partir da demissão do presidente do Inamps e toda sua equipe, em março de 1988.

No mesmo ano de implementação do SUDS, que, para Baptista (2007, p. 50), representou um avanço na política de descentralização, assim como deu “[...] prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde”, ocorreu a discussão da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988.

Na perspectiva de Rodrigues Neto (1997, p. 69), foi a partir da convocação da Assembleia Nacional Constituinte que o movimento sanitário passou a atuar no/por meio do Parlamento. Isso porque “[...] passou-se a investir na própria mudança da Constituição e das leis, a fim de criar a base jurídico-institucional para a Saúde, nos novos tempos democráticos”.

O regimento aprovado previa que o processo de elaboração da Constituição obedeceria a quatro fases sucessivas: Subcomissões; Comissões Temáticas; Comissão de Sistematização e Plenário. A questão da saúde foi tratada pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, que passou a compor, no momento seguinte, a Comissão da Ordem Social (RODRIGUES NETO, 1997).

Na Subcomissão, o texto aprovado introduziu algumas questões novas em relação à proposta do CNRS: a “execução” das ações e serviços de saúde como de responsabilidade do Estado; a proibição de propaganda de

medicamento e produtos nocivos à saúde e a “facilidade” para os transplantes (RODRIGUES NETO, 1997, p. 74).

Na Comissão Temática da Ordem Social, com “[...] as diferenças representadas pela transformação da Saúde em seção subordinada ao capítulo da Seguridade Social e pela estratégia correspondente do financiamento”, Rodrigues Neto (1997, p. 77) afirma que “[...] pode-se dizer que o texto aprovado continuou a conter a essência da proposta que se vinha defendendo para a Saúde” na Subcomissão, “[...] com alguns aperfeiçoamentos”.

A Comissão de Sistematização era encarregada de elaborar o projeto de Constituição, propriamente dito. Segundo Rodrigues Neto (1997, p. 78), “[...] durante o processo foram redigidos e votados um ante-projeto e três projetos que deram origem ao Projeto de Constituição enviado ao plenário da Assembléia Nacional Constituinte”.

Assinala Rodrigues Neto (1997, p. 82) que na votação em plenário, a bandeira levantada pelos setores conservadores (hospitalar privado, o setor da “medicina de grupo”, cooperativas médicas e o setor liberal da Medicina) no campo da saúde “[...] foi a do combate à ‘estatização’ a que levariam as propostas contidas no texto da Sistematização”. Rodrigues Neto (1997, p. 83) ressalta que, fosse aprovado o projeto do grupo denominado “Centrão”, visando a repolarização das discussões no plenário por meio de novas emendas, isso representaria um retrocesso com relação à política nacional de saúde trazida pelo SUDS.

Baptista (2007, p. 50, 51), ao comentar o processo constituinte, ressalta que durante esse período (1987/1988) ocorreram algumas disputas que retardaram algumas políticas necessárias para a implementação da reforma sanitária, “[...] tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema”, porém esses pontos não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios com a promulgação da Constituição de 1988 (BAPTISTA, 2007).

A publicação da Constituição Federal, em 5 de outubro de 1988, inaugurou um novo período para as políticas de saúde no país, rompeu com

o modelo hegemônico de seguro social que conferia acesso aos serviços de saúde somente àqueles que fossem empregados e contribuíssem para o sistema previdenciário, e iniciou a construção de um modelo baseado na concepção de seguridade social (PAIM, 2008b, p. 132).

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social [...], nem de provar condição de pobreza [...], nem do poder aquisitivo [...], muito menos da caridade [...]. 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 ou privilégios. (PAIM, 2009b, p. 43).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como Direito Social, dispondo no artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), o que foi inédito na história do país. Paim (2009b, p. 43) ainda reforça que a Constituição dedicou uma seção específica ao setor, com cinco artigos destinados à saúde.

Segundo Aith (2007, p. 340), o SUS é uma “[...] instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil”. Além disso, ele “[...] representa uma situação jurídica permanente.” (AITH, 2007, p. 341).

Destacando o enunciado do artigo 196, Paim (2009b, p. 43, 44) comenta que antes de tratar das ações e serviços de saúde, a CRFB/1988 tratou de destacar que a garantia do direito à saúde ocorreria mediante políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A menção à unificação do sistema de saúde é verificada no artigo 198 da Carta Magna, que dispõe que “[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem

um sistema único”, especificando as diretrizes para organização desse sistema a partir da descentralização da gestão, da integralidade na atenção à saúde, da participação da comunidade e da forma do seu financiamento (BRASIL, 1988).

Segundo Paim (2009b, p. 51, 52), “[...] uma vez aprovada a Constituição, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica, que esclarecesse como aplicar essas orientações gerais na realidade brasileira”. Assim, foi editada a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e, posteriormente, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A primeira buscou dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e, além disso, buscou regulamentar, no território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, entre outros assuntos. Entretanto, alguns vetos presidenciais à Lei n. 8.080, no que diz respeito à restrição do financiamento e na eliminação das formas de participação social, comprometeram de partida as condições estruturais para implantar o novo sistema. Ambos os temas (participação e financiamento) foram tratados apenas três meses depois, com a edição da Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990; BAPTISTA, 2007; VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Todo esse contexto apresentado anteriormente, desde o tratamento dado às políticas de saúde no país ao longo dos tempos, passando pela articulação do movimento sanitário, até a implantação da reforma sanitária e a constitucionalização do SUS (e do direito à saúde) nos remete a pensar que não se pode imaginar o SUS como um ponto de chegada (como se a constitucionalização do sistema fosse suficiente para garantir o direito à saúde na prática); pelo contrário, o SUS deve ser compreendido como um projeto em disputa. A luta pela sua efetivação deve ser encarada como um processo permanente.

AVANÇOS E DESAFIOS NOS 30 ANOS DE UM PROJETO EM DISPUTA

Em 2018, o SUS completou 30 anos de criação, junto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e, em 2020, 30 de sua regulamentação por meio da Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde). No entendimento de Vieira (2013, p. 329), o “[...] SUS não se constitui em uma política de governo, mas em um patrimônio da Sociedade brasileira, que é a sua mentora”.

Os avanços e desafios na trajetória do SUS estão intrinsecamente relacionados com as próprias bases que orientaram a organização e funcionamento do sistema. Tais bases de orientação são denominadas princípios e diretrizes do SUS e o estabelecimento delas não foi “por acaso”: segundo Vasconcelos e Pasche (2012, p. 565), quando a sociedade os elegeu para orientar o sistema de saúde, “[...] estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade”. Portanto, tais princípios e diretrizes passaram a “[...] constituir as regras pétreas do SUS, apresentando-se como linha de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde”.

Compreendem os princípios do SUS a universalidade, a igualdade e a integralidade. Acrescentam-se a eles as seguintes diretrizes: descentralização, regionalização e hierarquização e participação comunitária.

Ao discorrer sobre os princípios, Noronha, Lima e Machado (2012, p. 367, 368) comentam que a universalidade é expressada pelo direito de todos em obter as ações e os serviços de saúde de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Pelo princípio da igualdade, reitera-se que não pode existir discriminação (pela renda, cor, gênero ou religião) no acesso aos serviços de saúde. Já a integralidade é entendida como o “[...] conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Quando falamos em universalidade, estamos tratando, na essência, de sistema público de saúde não discriminatório e que se propugna atender todos e

todas as pessoas residentes no território nacional nos aspectos de prevenção, promoção e recuperação da saúde como uma responsabilidade e um dever do Estado.

Weichert (2004, p. 158) ressalta que:

A universalidade possui a dimensão específica de que os serviços públicos devem ser destinados a toda população indistintamente. O SUS 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 necessitarem e desejarem a ele (sistema público) recorrer.

Já o princípio da igualdade se constitui em outro elemento central do SUS, ao não permitir que exista ações que ensejem preconceitos e privilégios na atenção à saúde. Entretanto, tendo em vista a complexidade do sistema, não se pode pensar apenas em uma igualdade meramente formal que não considere em sua análise a equidade.

Nessa linha, defende Vieira (2013, p. 336, 337) que:

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 usuário do SUS.

No que concerne a integralidade, ela pressupõe que o(a) usuário(a) do SUS seja olhado(a) como um todo, considerando inclusive as condições e determinantes de saúde que implicam na sua qualidade de vida, procurando

não só recuperar a saúde, mas também realizar ações de prevenção e promoção no intuito de evitar o adoecimento.

Para Fernando Aith (2007, p. 357):

A prevenção é fundamental para evitar a doença. Entretanto, sempre que esta acometer um cidadão, compete ao Estado oferecer o atendimento integral, ou seja, todos os cuidados de saúde cabíveis para cada tipo de doença, dentro do estágio de avanço do conhecimento científico existente. Assim, sempre que houver uma pessoa doente, caberá ao Estado fornecer o tratamento terapêutico para a recuperação da saúde dessa pessoa de acordo com as possibilidades oferecidas pelo desenvolvimento científico. Assim, não importa o nível de complexidade exigido, a diretriz de atendimento integral obriga o Estado a fornecer todos os recursos que estiverem ao seu alcance para a recuperação da saúde de uma pessoa, desde o atendimento ambulatorial até os transplantes mais complexos.

Quanto às diretrizes organizativas do SUS, Teixeira (2011, p. 6, 7) menciona que a descentralização implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Tal transferência “[...] ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território”. A regionalização e a hierarquização dos serviços, por sua vez, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população usuária. Regionalizar os serviços de saúde implica delimitar uma base territorial para o sistema de saúde e hierarquizar-los diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica deles.

A descentralização se constitui na realização e responsabilização das ações e serviços de saúde por todos os entes federativos. Para Vieira (2013, p. 332), ela “[...] aproxima o sistema do locus principal de atenção do sistema, que é o município, no contexto de seus bairros e localidades”.

Campos *et al.* (2012, p. 567) afirma que a regionalização no âmbito da saúde se configura em:

[...] uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

Quando se fala em uma rede regionalizada, expressa-se determinadas “[...] circunscrições territoriais, as quais, por sua vez, devem levar em conta o dinamismo e a complexidade do sistema que não raro exige redefinições pontuais.” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 83).

Já com a diretriz da hierarquização:

[...] busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de complexidade na atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, tendo por base a atenção primária à saúde ofertada nos serviços básicos que deve ser a principal porta de entrada do sistema e referência para a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada. (CAMPOS *et al.*, 2012, p. 567).

A participação comunitária, conforme Noronha, Lima e Machado (2012), se materializa no âmbito do SUS pela constituição dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde, representando um canal de diálogo e interação entre gestores, os profissionais de saúde e a população.

Além desses instrumentos participativos reconhecidos e previstos na legislação, a participação comunitária também sinaliza a possibilidade de reinvenção e ampliação da participação da sociedade na área da saúde, na esteira do processo de construção democrática do SUS.

Visto tais características, observa-se que o processo de implantação do SUS a partir desses princípios e diretrizes significaria romper com o modelo hegemônico que estruturou as políticas de saúde no Brasil ao longo da história. Logo, conforme analisam Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 270), se o contexto nos anos de 1980 (crise econômica e redemocratização) “[...] favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição Brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema”, em 1990 a conjuntura foi outra e, logo, “[...] a concretização dos princípios do SUS estará em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais”.

Segundo Lima (2010, p. 279), a década de 1990, no Brasil, caminhou para um amplo consenso neoliberal que favoreceu a implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais (orientadas pelos Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial), assim como refletiu “[...] na abertura irrestrita da economia, na desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa”.

Tais medidas interferiram diretamente no processo de implantação do SUS, pois acompanhou-se, nesse período, a “[...] privatização do financiamento e da produção dos serviços, [a] precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, [a] concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e [a] descentralização para o nível local.” (LIMA, 2010, p. 280).

Se a conjuntura política/econômica pós-Constituição de 1988 foi marcada pelo esvaziamento do debate sobre a reforma sanitária, a luta concentrou-se no processo de implantação do SUS.

No final do governo Sarney, constata-se uma séria crise econômica com hiperinflação e a exacerbação do fisiologismo político na gestão pública. O processo da Reforma Sanitária só contabilizou retrocessos, seja pela recentralização das políticas do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), seja pelo adiamento do envio do projeto de Lei Orgânica da Saúde para o Congresso Nacional. No período Collor, apesar da ausên-

cia de compromissos com o SUS, foram sancionadas as Leis nº 8. 080/90 e 8.142/90. No período Itamar, a saúde se via ameaçada pela proposta de revisão constitucional, enquanto as barganhas político-partidárias continuavam comprometendo o processo da Reforma Sanitária. [...]. No governo FHC, além do ajuste macroeconômico, das políticas de estabilização monetária e da privatização das empresas estatais, teve início uma Reforma do Estado na contramão da Reforma Democrática postulada pelo projeto da RSB. A Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo já não era enfatizada pelo movimento sanitário que, no limite, tentava a preservação do SUS. (PAIM, 2008a, p. 635).

É nesse ambiente bastante adverso que o SUS foi implantado. Segundo Paim (2009b, p. 65), “[...] pouco depois de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos, levando o sistema público de saúde a incorporar um terço da população desassistida, o governo federal reduziu à metade os gastos com a saúde”.

Em contraposição, se faltavam investimentos da União na construção da rede pública de saúde (com a resistência do governo federal em financiar o SUS, mediante o repasse regular e automático de verbas para as demais esferas do governo), crescia um segmento do mercado denominado saúde suplementar (medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de autogestão e seguros de saúde). O segmento alcança tal magnitude que passa a ser reconhecido como Sistema de Assistência Médica Supletiva (Sams), vendendo os chamados planos de saúde. A Constituição de 1988 e as leis se referiam à instituição de um SUS, mas isso acabou culminando em outros sistemas de saúde que competiram com a implantação do SUS (PAIM, 2009b, p. 66).

Ao comentarem sobre esse período, Levcovitz, Lima e Machado (2001) afirmam que a década de 1990 testemunhou a passagem de um sistema centralizado (político, administrativo e financeiro) para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir como atores no campo da saúde. Porém, a descentralização do sistema esbarrou nas limitações dos Estados e

municípios, que, à época, não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas.

É diante desse quadro que se consolidou, como instrumento de implantação do SUS, um conjunto de portarias chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB). As NOB representaram instrumentos de regulação do processo de descentralização, tratando eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (PAIM, 2009b; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Com o avanço do processo de implantação e descentralização do SUS, as normas foram atualizadas por mais de 15 anos, sendo que, em 2006, foram traduzidas em um novo instrumento, que ficou conhecido como Pacto pela Saúde (PAIM, 2009b).

De acordo com Menicucci, Costa e Machado (2018), o Pacto pela Saúde representou o aperfeiçoamento e definição das responsabilidades sanitárias e de gestão sobre três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida consistiu no compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em defesa do SUS envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado. O Pacto de Gestão do SUS trouxe alterações nas regras anteriores com vistas a reforçar a estratégia da regionalização, contribuindo para o fortalecimento da denominada gestão compartilhada e solidária do SUS. (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018, p. 30).

A trajetória de implantação do SUS é marcada por tantas normas e portarias produzidas pelo Ministério da Saúde que, em 2008, foi aprovado o regimento interno da Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos

Normativos com a finalidade de elaborar uma espécie de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) do SUS. O trabalho da Comissão resultou na Consolidação das Portarias do SUS (Portaria n. 2.048, de 3 de setembro de 2009). Esse instrumento de política conta com 790 artigos e 94 anexos (PAIM, 2009b).

Em 2017, fruto do projeto SUS Legis (parceria entre o Programa de Direito Sanitário da Fiocruz – Prodisa –, a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass – e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems), mais de 20.000 portarias do Gabinete do Ministro da Saúde foram analisadas. Dessas, apenas 700 continham normativas válidas para o SUS, sendo instituídas seis portarias de consolidação, organizadas pelos seguintes temas: 1 – direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS; 2 – políticas nacionais de saúde do SUS; 3 – redes do SUS; 4 – sistemas e subsistemas do SUS; 5 – ações e serviços de saúde do SUS; 6 – financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do SUS (GEBRAN NETO, 2017).

Ressalta Paim (2009b) que a compreensão que se tem do SUS deriva, principalmente, do que consta estabelecido nas leis; entretanto, o conhecimento da população acerca do sistema é muito pequeno. Segundo o autor, uma pesquisa de opinião encomendada pelo Conass em 2003 revelou que somente 35% dos brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS.

Reconhece Paim (2009b, p. 73) que, não obstante toda a legislação em vigor sobre o sistema de saúde, “[...] governantes, políticos, profissionais e trabalhadores de saúde, estudantes, mídia e população ainda têm visões distintas e muitas vezes distorcidas sobre o SUS”.

Mesmo com instrumentos jurídicos-normativos controversos, o SUS trouxe inovações muito importantes, como o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da sua determinação social, vigilância e promoção da saúde, acolhimento, enfoque da redução de danos, ação sobre

o território, entre outros. Tem a perspectiva de diálogo e articulação com outros setores do governo e da sociedade para melhor promover e proteger a saúde da população. (PAIM, 2009b, p. 74).

Para desmistificar as visões distorcidas sobre o SUS, conhecer e divulgar a grandiosidade do sistema é fundamental. Destaca Paim (2009b, p. 75) que alguns números ilustram a complexidade e magnitude desse sistema, pois as cifras alcançam a casa dos milhares, milhões ou mesmo bilhões.

Conforme o relatório de gestão apresentado pelo Ministério da Saúde referente ao exercício de 2017³, no período de um ano o SUS realizou: 2.263.646.575 de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade; 294.297.926 de consultas (especializadas: 95.323.224; e urgência: 198.974.702); 10,6 milhões de Autorizações de Internação Hospitalar (até novembro de 2017); 2.917.346 de procedimentos quimioterápicos e 10.367.006 de procedimentos radioterápicos; 8.582.067 de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero; 4.044.387 de mamografias bilateral. Além disso, foram distribuídos cerca de 30 milhões de unidades de contraceptivos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e 14 milhões de unidades de insulina NPH e 1,625 milhões de unidades de Insulina Regular às Secretarias Estaduais de Saúde. Com relação aos números de transplantes, foram realizados: 2.388 transplantes de medula óssea; 380 transplantes de coração; 112 transplantes de pulmão; 2.107 transplantes de fígado; 5.930 transplantes de rim; e 15.171 transplantes de córnea (BRASIL, 2017).

Como afirma Paim (2009b, p. 76), “[...] tudo é muito grande no SUS. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes”. A atenção básica à saúde foi estruturada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, sob a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF), busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que a colocam em risco, por meio

3 Para saber mais, ver: Brasil (2018a) e Brasil (2018b).

da atenção integral, equânime e contínua, servindo como porta de entrada do SUS. Em 2017, a ESF estava implantada em 5.467 municípios, com 42.119 equipes e atuam, nela, mais de 250.000 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ainda na atenção básica, dispõe-se de 25.890 equipes de Saúde Bucal, implantadas em 5.027 municípios, e de 4.886 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços (BRASIL, 2017).

Destacam-se, ainda, algumas ações e programas do SUS no âmbito da atenção à urgência e emergência: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com 192 Centrais de Regulação de Urgência, atendendo em 3.532 municípios; e as 572 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 24h em funcionamento (BRASIL, 2017).

Para além das ações e programas citados acima, inúmeros avanços na Política Nacional de Saúde, pós-Constituição de 1988, possuem a digital do SUS. Entre eles, citam-se: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas no Sistema Prisional (PNAISP); o Cartão Nacional de Saúde; a Estratégia de Saúde Digital (DigiSUS); a Força Nacional do SUS; o HumanizaSUS; o Programa Nacional de Imunização (PNI), que engloba campanhas de vacinação em massa; a Política Nacional de DST/Aids; as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de Saúde do Trabalhador; a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e Aleitamento Materno; o Sistema Nacional de Transplante de órgãos e tecidos; o Programa Mais Médicos; o Programa Farmácia Popular; as Redes de Atenção Psicossocial; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB); Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; o Programa Academia da Saúde; a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; o Programa de qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; a Rede Cegonha; e a Rede de Atenção Psicossocial (Raps)⁴.

Os avanços na Política Nacional de Saúde obtidos com a implementação do SUS são inquestionáveis, porém, como um sistema em constante

4 Para saber mais sobre as ações e os programas, ver: Brasil (2021).

construção, alguns problemas ainda persistem. Segundo Paim (2009b), questões relacionadas ao acesso e à qualidade das ações e serviços de saúde no SUS expressam os limites e distorções dos modelos de atenção vigente.

[...] esse modelo de desatenção se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pela idade avançada, pelo sofrimento e pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para realização de uma consulta ou exame, *via crucis* do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos das capitais para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consultas e exames em clínicas particulares de periferias a preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou em hospitais universitários e filantrópicos por meio da “dupla entrada” (a melhor para clientes particulares e usuários dos planos de saúde e a mais estreita, escura e desconfortável para os usuários do SUS); e o confinamento ou internamento dos pacientes do SUS nas instalações de segunda categoria. (PAIM, 2009b, p. 89-90).

Para Paim (2009b), esses problemas estão intimamente relacionados com a distribuição desigual da infraestrutura dos serviços de saúde, além dos problemas não resolvidos do financiamento, organização e gestão do SUS.

Um dos exemplos quanto ao problema da infraestrutura e financiamento é verificado ao analisar os dados no âmbito da Política Nacional de

Atenção Hospitalar. Verifica-se que, em 2017, a Rede Hospitalar contava com 7.514 estabelecimentos de saúde, entre os estabelecimentos públicos (41,14%) e os privados com ou sem fins lucrativos (58,87%). Desse total de estabelecimentos, 5.455 possuem leitos SUS, sendo que as unidades públicas representam mais que a metade (55,69%), enquanto as privadas, com ou sem fins lucrativos, correspondem a 44,31% (BRASIL, 2017).

Tabela 1 – Número de Estabelecimentos e Leitos (existentes e SUS), por região geográfica – Brasil – 2017

Região	Estabelecimentos		Leitos	
	Existente	SUS	Existente	SUS
Centro-Oeste	831	560	41.597	25.726
Nordeste	2.448	1.982	124.458	98.998
Norte	637	484	34.637	26.493
Sudeste	2.457	1.527	205.268	123.070
Sul	1.141	902	80.893	56.081

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos dados do relatório de gestão de 2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, p. 149, 150)

Os dados da tabela acima revelam que as regiões Sudeste e Nordeste são as que mais concentram estabelecimentos de saúde com leitos existentes e com leitos SUS no país. No âmbito da mesma política, foi constatado, na composição do gasto (R\$17.402.311.085,33) referente aos procedimentos executados pelos estabelecimentos hospitalares, entre janeiro e outubro de 2017, que para as entidades privadas sem fins lucrativos foram apresentados 48,23% (R\$ 8.393.813.159,45) do total dos recursos e, para as públicas, 44,03% (R\$ 7.662.281.132,15). Porém, evidencia-se que a quantidade de procedimentos realizados pela rede pública (390.366.490) corresponde ao dobro dos procedimentos somados da rede privada, com ou sem fins lucrativos (184.658.379) (BRASIL, 2017).

Ambos os problemas destacados na Política Nacional de Atenção Hospitalar englobam um desafio maior para o SUS, que é a efetivação do princípio da universalidade. Frente às dificuldades de se criar as bases materiais

para a garantia desse princípio, o SUS vem sendo implantado como parte de um sistema segmentado que incorpora dois outros subsistemas, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto (BRASIL, 2006b).

A consolidação do sistema público de saúde, único e universal, esbarra em algumas dificuldades no âmbito das relações público-privadas. Para Noronha, Lima e Machado (2012), alguns desses entraves compreendem: o crescimento do setor privado supletivo subsidiado pelas renúncias fiscais, refletindo na segmentação da clientela; a regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo; e a multiplicação de novos modelos de gestão na saúde, sob a forma das terceirizações, fundações, cooperativas, organizações sociais, etc.

A opção pelo setor privado supletivo de saúde tem enfraquecido a construção do SUS, subvertendo a orientação do caráter complementar para os serviços privados (CEBES, 2018).

O investimento na luta institucional, mesmo que importante, não foi suficiente para realizar as transformações para uma sociedade efetivamente democrática e justa. A dedicação do campo progressista da saúde à implementação do SUS contabilizou avanços, mas apresentou limites reais no enfrentamento aos interesses hegemônicos contrários às políticas universalistas e à maior presença do Estado na proteção social. O projeto político das elites é fundamentalmente garantir os seus lucros e ganhos. Submerge nesse contexto o projeto de País e de sociedade pautado pela justiça, igualdade, socialização de serviços e bens sociais. A saúde tem perdido muito, não apenas porque se enfraquece e sufoca o SUS como também por afrouxar as rédeas para o setor privado e prestadoras de planos. (CEBES, 2018, p. 14).

As relações público-privado vêm enfraquecendo a implantação do SUS e têm reflexo direto em outro problema não resolvido, que é o subfinanciamento do sistema. Lembram Mendes e Funcia (2016) que, em toda a histó-

ria da saúde pública brasileira, o financiamento nunca deixou de ser um tema problemático. Com a instituição do SUS, esse gargalo explicitou-se por meio dos montantes insuficientes e indefinidos para implantação do sistema.

Ao longo dos anos de existência do SUS, antes da regulamentação da EC n. 29/2000, em 2012, por meio da Lei n. 141/2012, seu financiamento foi caracterizado pela insegurança e indefinição, fruto de embates entre as diferentes áreas da Seguridade Social e, principalmente, dos conflitos com as autoridades econômicas do governo federal. (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 144).

Com a edição da Emenda Constitucional n. 29/2000, buscou-se vincular os recursos do orçamento das três esferas de poder, para ações e serviços de saúde. Para os Estados e municípios, definiu-se que o mínimo a ser aplicado seria, respectivamente, de 12% e 15% das receitas próprias, já para União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2006b).

Ainda que as discussões em torno da regulamentação da EC/29 tenham durado por oito anos no Congresso Nacional (entre 2003 e 2011), a edição da Lei n. 141/2012 apenas sancionou o comprometimento dos Estados e municípios com a aplicação de recursos mínimos para as ações e serviços de saúde e com a manutenção da base de cálculo anterior com relação à União. O grande avanço com a edição da lei foi a definição de quais despesas devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e as que não se enquadram nesse conceito. (MENDES; FUNCIA, 2016).

O fato é que a edição da EC/29 e da Lei n. 141/12 não resolveu o problema do financiamento do SUS. Pelo contrário, elas foram interpretadas como uma espécie de “teto” de aplicação de recursos, e não como um parâmetro mínimo de “pisso” (MENDES; FUNCIA, 2016).

Não bastasse essa interpretação equivocada da determinação constitucional sobre a aplicação dos recursos mínimos para as ações e serviços de saúde, acompanha-se, nos últimos tempos (desde o golpe de 2016), a adoção das políticas de austeridade fiscal, atingindo frontalmente os direitos sociais, especialmente os relacionados com a área da seguridade social (previdência, saúde e assistência social).

Se algumas medidas, como a aprovação da Lei n. 13.097/2015 (que permitiu a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde), da EC n. 86/2015 (que alterou a base de cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB para Receita Corrente Líquida) e a manutenção da Desvinculação das Receitas da União por 22 anos, vêm enfraquecendo o financiamento da seguridade social em geral, e da saúde, em particular, mais recentemente a EC n. 95/2016 corresponde ao “tacão de ferro” no histórico de subfinanciamento do SUS, impondo à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente pelos próximos 20 anos (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES, 2017).

Para o Cebes (2013, p. 10), a “[...] agenda para a saúde – pública, universal e de qualidade, requer a construção de novos consensos e arranjos políticos e sociais”. Nesse sentido, para cumprir as “promessas” constitucionais de 1988, além de uma reforma política, são necessárias “[...] novas alternativas de políticas econômica e tributária que redirecionem o Estado e o processo de desenvolvimento, deslocando o foco dos interesses do mercado e do consumismo e voltando-se para o fortalecimento dos direitos e das políticas sociais.” (CEBES, 2013, p. 10).

Portanto, questões envolvendo os conselhos e conferências, fundamentados na democracia participativa em saúde, também são temas sempre atuais, visto que não se pode vislumbrar o SUS sem esses institutos participativos fortalecidos e atuantes.

Nesse sentido, como visto ao longo deste capítulo, o SUS foi resultado de um longo processo de luta pela democratização das políticas de saúde no Brasil, tornando evidente que, frente ao projeto neoliberal que vem atingindo

frontalmente o projeto de um SUS público, universal e igualitário, é fundamental o fortalecimento dos indivíduos, grupos e organizações que atuam em defesa do SUS.

CAPÍTULO 2

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS



[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)



No presente capítulo, contextualiza-se, sob uma perspectiva histórica, sociológica e política, as questões referentes à participação social no SUS no Brasil.

Inicialmente, revela-se necessário problematizar algumas questões que envolvem três categorias distintas, mas que guardam intrínseca relação: Estado, cidadania e controle social. Busca-se, também, demonstrar que o surgimento do Estado e as modificações ocorridas em seu âmbito influenciaram diretamente na conformação de modelos distintos de cidadania e, ainda, interferiram diretamente na relação entre Estado e sociedade, gerando sentidos distintos ao termo “controle social”.

Em um segundo momento, apropriando-se dos conceitos de participação e espaço público, parte-se para o estudo histórico do processo da participação social no Brasil, destacando-se, principalmente, aquele relacionando ao campo da participação nas políticas de saúde. Se em determinado período da história a participação em saúde ocorria por meio das ações de mobilização social e por determinadas práticas institucionalizadas, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação social constituiu-se como princípio central do SUS.

No terceiro momento deste capítulo, apresenta-se a participação social como elemento estruturante do SUS, destacando-se as características das duas principais instâncias colegiadas criadas para o exercício da participação no âmbito do SUS: os conselhos e conferências de saúde.

A importância de analisar e problematizar ambos os espaços (conselhos e conferências de saúde) reside no fato de que a participação social, nesses 30 anos de garantia do direito fundamental à saúde e construção do SUS, foi determinante para a defesa do sistema como patrimônio democrático e coletivo do povo brasileiro e para promoção da cidadania participativa em saúde.

Nesse contexto, como visto no capítulo anterior, frente à disputa que envolve o projeto de um SUS público, universal e igualitário, é fundamental proceder as reflexões que apontem os limites e fragilidades desses espaços de participação social na contemporaneidade e, indo além, que possibilitem pensar em alternativas para o aperfeiçoamento de tais instâncias participativas.

ESTADO, CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL: ALGUMAS REFLEXÕES NECESSÁRIAS

Estado, cidadania e controle social são três categorias distintas, mas que guardam intrínseca relação. O surgimento do Estado e as modificações ocorridas em seu âmbito influenciaram de maneira direta na conformação de modelos distintos de cidadania e, ainda, as relações entre o Estado e o exercício da cidadania ao longo da história exerceram influência direta no sentido dado ao termo do controle social.

Inicialmente, destaca-se que o modelo de cidadania vivenciado na contemporaneidade está diretamente relacionado com o surgimento da instituição denominada Estado. Tal afirmação pode ser verificada ao se analisar que as sociedades antigas conheceram e exerceram a cidadania em um cenário de democracia direta, ao contrário das modernas, que construíram e desenvolveram a cidadania dentro de um modelo de democracia representativa (VIEIRA, 2013).

Desconhecendo a existência do Estado como poder soberano, na Grécia (sobretudo em Atenas), o “povo”⁵ reunia-se na Ágora (algo semelhante a uma praça) para o exercício direto e imediato do poder político. Sob alicerce de uma base social escrava, tal condição permitiu aos homens livres, interessados na causa da democracia e na valoração da participação soberana em moldar a vida da cidade, ocuparem-se tão-somente do funcionamento desse modelo (BONAVIDES, 1994).

Segundo Chauí, quando se cunhou o termo democracia, na Grécia, ele possuía como característica inerente a instituição de três direitos básicos que delineavam o perfil do cidadão: a igualdade, a liberdade e a participação no poder. A igualdade significava que, perante as leis e os costumes da pólis, todos os cidadãos possuíam os mesmos direitos e deveriam ser tratados da mesma maneira; a liberdade vinculava-se a ideia de que todo cidadão tinha o direito de expor em público seus interesses e suas opiniões, sendo eles debatidos

5 Ainda que a democracia fosse privilégio de ínfima minoria social de homens livres.

pelos demais e aprovados ou rejeitados pela maioria; e quanto à participação no poder, era traduzida no direito de “todos” os cidadãos de participarem das discussões e deliberações públicas da pólis, votando ou revogando decisões (CHAUÍ, 1994).

O Estado, como instituição soberana separada da sociedade, é uma abstração criada no contexto do projeto da modernidade, tendo sido algo desconhecido, inclusive Roma, que se constituiu no maior Império da Antiguidade (depois do fim de seu período republicano). Em Roma, a cidadania era exercida diretamente e foi construída no processo histórico da luta entre patrícios e plebeus (estes, almejando adquirir a plenitude da cidadania da *Civitas romana*) (VIEIRA, 2013).

Lembra Vieira (2013) que, durante o período denominado Roma arcaica (compreendendo a Monarquia e a primeira parte da República), a atribuição da capacidade cívica/de cidadania era exclusividade dos patrícios. Porém ocorreu que a plebe, até então rejeitada pelos patrícios, passou a sustentar a riqueza de Roma, por meio da produção agrícola e artesanal, do comércio e pelo grande número de soldados fornecidos para as guerras que ampliaram o território romano.

Frisa Vieira (2013) que a plebe não se constituía em classe ou grupo social homogêneo, pois de um lado havia os artesões e mercadores, sob condições econômicas privilegiadas, e, de outro, os plebeus camponeses, em condições econômicas precárias; assim, ambos os grupos tinham interesses divergentes.

Ainda sobre a plebe, destaca Vieira (2013, p. 62) que:

Entretanto, a plebe, inicialmente rejeitada pela aristocracia patrícia, gerará a riqueza de Roma, seja por meio da produção agrícola ou artesanal, do comércio ou pelo grande número de soldados que fornecerá para as guerras de defesa e de conquista que ampliarão o território romano. E será mediante seu papel no exército cidadão (ou povo em armas) na defesa de Roma que haverá a percepção pela plebe da sua importância social e de sua força política.

Para Funari (2003, p. 55), o século III a.C. vai marcar a superação do embate entre patrícios e plebeus, pois, com o aumento dos “[...] benefícios diretos para as camadas plebéias superiores, que passaram a integrar uma elite aristocrática”, os conflitos sociais deslocaram-se para os choques entre “[...] dominantes e subalternos, romanos e não romanos aliados, senhores e escravos”, ocupando sempre a questão da cidadania o centro desses embates (FUNARI, 2003, p. 55).

Ao comentar sobre a cidadania em Roma, Vieira menciona que ela pode ser resumida a um estatuto unitário pelo qual todos os cidadãos são iguais em direitos:

Direito de estado civil, de residência, de sufrágio, de matrimônio, de herança, de acesso à justiça, enfim todos os direitos individuais que permitem acesso ao direito civil. Ser cidadão é, portanto, ser membro de pleno direito da cidade, seus direitos civis são plenamente direitos individuais. Mas ser cidadão é também ter acesso à decisão política, ser um possível governante, um homem político. Ele tem direito não apenas a eleger representantes, mas a participar diretamente na condução dos negócios da cidade. (VIEIRA, 2005, p. 27).

Ao analisarem tais experiências nas sociedades antigas, Gonzalo e Requejo (1999) afirmam que a cidadania (grega e romana) era entendida como uma disposição natural do indivíduo socialmente emancipado, que comportava automaticamente o exercício de deveres cívicos com relação à cidade.

As palavras “[...] cidadania e cidadão referem-se, necessariamente, à participação na vida da cidade, entendida como espaço público para as decisões coletivas”, afirma Benevides (1994, p. 13). Em tal período, havia clareza quanto à utilização do termo cidadania, “[...] porque só se admitia como cidadão o membro ativo, que participava da vida pública. Aquele que não era ativo (o escravo, a mulher, o estrangeiro por exemplo) simplesmente não era considerado cidadão.” (BENEVIDES, 1994, p. 13).

Gonzalo e Requejo (1999) acrescentam, na análise das experiências grega e romana, que o governo, nas pólis e nas *civitas*, não era estruturado sob a divisão entre comunidade política e comunidade civil. Tal cenário de unidade será desmembrado com a criação de uma estrutura institucional e administrativa pública conhecida por Estado.

Para Vieira (2013, p. 72, 73), o Estado nasceu com a Modernidade e, segundo o autor, essa Modernidade foi construída com base nas contribuições dos teóricos medievais e nos “[...] embates jurídicos e políticos entre os centros de poder políticos então existentes”.

Apesar da inexistência de um único centro de poder político e da convivência do Medieval com uma pluralidade de normatizações jurídicas, foi durante esse período, em especial na Baixa Idade Média, que alguns dos elementos necessários (soberania, indivíduo, monismo jurídico, poder do povo) para a construção do ideário ou mito da Modernidade tiveram a sua elaboração inicial. (VIEIRA, 2013, p. 84).

Conforme Vieira (2013), se a transição do medieval para a modernidade possui continuidade cronológica, não se pode afirmar que houve continuidade jurídica e política, pois ocorreram transformações significativas que influenciaram diretamente as relações entre Estado e sociedade.

Nessa perspectiva, com relação ao Direito, se o medieval era marcado por uma estrutura jurídica pluralista, difusa e assistemática, possuindo cada reino e feudo um direito próprio “[...] baseado nos usos locais, nos precedentes dos juízes da terra, nas cartas de privilégio concedidas pelo senhor”, e ainda, convivendo com o Direito Canônico, o Direito Visigótico e o Direito Romano, não se verifica a pluralidade jurídica a partir da Modernidade (WOLKMER, 2001, p. 28).

Conforme salienta Bouza-Brey (1999), o Estado moderno surgiu como uma nova forma de poder político e de características territoriais, que

tomou para si o poder de coerção e regulação mediante sua institucionalização como poder soberano amparado em um ordenamento jurídico monista.

Com a “[...] conexão entre a suprema racionalização do poder soberano e a positividade formal do Direito”, o Estado moderno foi conduzido para um modelo de monismo jurídico, passando a obter “[...] o monopólio exclusivo da produção das normas jurídicas, ou seja, o Estado é o único agente legitimado capaz de criar legalidade para enquadrar as formas de relações sociais que vão se impondo.” (WOLKMER, 2001, p. 46).

Quanto ao campo da política, assinala Wolkmer (2001, p. 27) que o medieval conviveu com uma “[...] multiplicidade de centros internos de poder político, distribuídos a nobres, bispos, universidades, reinos, entidades intermediárias, estamentos, organizações e corporações de ofício”. Essa realidade acaba sendo distinta na Modernidade, quando a política passa a existir apenas na figura do Estado e nos limites por ele estabelecidos, restando à sociedade civil participar somente quando chamada (VIEIRA, 2013).

Distintamente da sociedade moderna, centrada no interesse do espaço privado e na ética da racionalidade liberal-individualista, o pensamento ideológico medieval é calcado na concepção “corporativa” da vida social, valorizando os fenômenos coletivos e os múltiplos corpos sociais, cada qual com sua autonomia interna para as funções políticas e jurídicas, mas dispostos a colaborar com o conjunto e dele participar solidariamente. (WOLKMER, 2001, p. 27, 28).

Segundo Vieira (2013, p. 97, 98) o projeto moderno separou a sociedade em duas partes, “[...] de um lado a sociedade política (Estado) e de outra a sociedade civil (privada)”. Nesse sentido, o cidadão antigo que incorporava a própria existência da *civitas* viu reduzido seu espaço público de atuação, restando a ele exercer sua antiga capacidade política e jurídica no âmbito das relações privadas.

Aos indivíduos resta a esfera privada não estatal, dentro de um espaço denominado Sociedade Civil, que não representa a antiga concepção de Sociedade. Por conseguinte, da Sociedade foi retirada a sua autonomia política e jurídica, restando-lhe apenas a participação dentro dos estreitos limites definidos pelo Estado. A participação direta e efetiva da cidadania desaparece, sendo substituída pela cidadania representada. (VIEIRA, 2013, p. 100).

Descreve Vieira (2013) que o Estado moderno, além da modificação da organização do poder político, teve como outras características marcantes a separação entre o público e o privado, a criação da jurisdição pública, a centralização e concentração do poder e a criação de estruturas administrativas para viabilizar o funcionamento da máquina estatal.

As transformações do Estado moderno foram marcadas por distintos modelos. Dois, em especial, são destacados: o modelo liberal e o modelo social. Ambos exerceram e transformaram as relações políticas entre o Estado e a sociedade.

De acordo com Bouza-Brey (1999), com as revoluções inglesa, americana e francesa nos séculos XVII e XVIII, as novas forças sociais burguesas surgidas com o desenvolvimento do capitalismo consolidaram seu poder econômico e sua hegemonia social e política, substituindo a monarquia absolutista pelo Estado Liberal.

Ao analisarem as características do liberalismo, Aranha e Martins (1992, p. 157) descrevem que as teorias liberais defendem o “[...] Estado laico, recusando a intervenção da igreja nas questões políticas; defendem a economia de mercado, segundo a qual existe um equilíbrio natural decorrente da lei da oferta e da procura”, reduzindo a necessidade de intervenção do Estado na economia; e “[...] a defesa da propriedade privada dos bens de produção e a garantia de funcionamento da economia a partir do princípio do lucro da livre iniciativa [...]”.

Tais alterações promovem a nítida separação entre o público e o privado, ou seja, entre os assuntos do Estado (que deve se ocupar da política, isto é, com as questões da esfera pública) e os da sociedade civil (setor das atividades particulares, sobretudo econômicas). (ARANHA; MARTINS, 1992, p. 158).

Ciente de tais características gerais do modelo liberal de Estado, é preciso pontuar que o liberalismo exerceu forte influência nas transformações relacionadas ao exercício da cidadania. Sabendo que o liberalismo foi um fenômeno histórico que se manifestou na Idade Moderna no continente europeu, Cremonese (2008) comenta que a “doutrina liberal” exerceu forte influência nos países colonizados pelos europeus.

Se desde a Antiguidade Clássica até o século XVII a democracia era entendida como o direito de os indivíduos participarem diretamente da administração da *res publica*, com o advento do liberalismo, a concepção de democracia liberal vai implicar “[...] uma adesão quase que irrestrita ao chamado governo representativo.” (KOZIKI, 2000, p. 59, 60).

Assim, com o advento do Estado Liberal, desenvolveu-se um processo de despolitização da cidadania, inserindo-a em um marco puramente individual, por meio das relações de produção capitalista. Esse processo retirou da sociedade qualquer iniciativa no âmbito político e jurídico, deixando um grande vazio e lhe possibilitando apenas inserir-se nas relações privadas. Desse modo, o sujeito individual não se via mais como membro de uma sociedade, que é a própria essência da cidadania, mas apenas enxergava o seu papel abstrato de cidadão político eleitor (VIEIRA, 2013, p. 117).

Limitando-se a proteger as liberdades negativas, o Estado Liberal não teve por objetivo o reconhecimento e instituição de direitos no sentido de imposição positiva, que poderia ter ocorrido mediante ações interventivas na economia, mas principalmente na criação de condições que possibilitassem uma maior igualdade econômica e social. Dessa forma, ainda que o século XIX tenha representado a consolidação do projeto moderno capitalista, também

trouxe à tona a crise social que o abstencionismo do modelo de Estado Liberal suscitou (VIEIRA, 2013).

Vendo-se premida a fazer-frente às mazelas sociais geradas pela primeira e pela segunda revolução industrial, dentre as quais se pode elencar a urbanização acelerada e o alto nível de desemprego e miserabilização, gerado pela substituição do trabalho manual pelo maquinizado, a estrutura do Estado teve de transformar para, a par do respeito aos direitos individuais, passar a atender também os chamados direitos sociais, entendidos como fundamentais à sobrevivência e à sustentação da própria idéia de pessoa, com a dignidade que lhe é imanente. Os serviços públicos ganham um outro conceito, qualificando-se muito mais como prestações do poder público em prol do indivíduo – [...] – do que como exercício do poder público, desfazendo seu caráter político. (KNOERR, 2004, p. 165).

Segundo Gorczewski e Martin (2011), é com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social (conhecido por *Welfare State*) que o conceito de cidadania passa a significar ter direitos sociais. “A ideia de cidadania passa a apontar para uma base igualitária dos direitos e exigia, portanto, a eliminação de qualquer obstáculo que impedisse alcançar a independência pessoal indispensável para ser cidadão.” (GORCZEWSKI; MARTIN, 2011, p. 53).

O Estado, abandonando sua conduta abstencionista, passou a garantir direitos sociais mínimos à população. Começam a despontar os instrumentos característicos do Estado Social, como: a proteção ao cidadão contra riscos individuais e sociais, como o desemprego, a doença ou a invalidez; a promoção de serviços essenciais para os cidadãos, como a educação, o saneamento básico, a habitação, o acesso à cultura; e a promoção do bem-estar individual no sentido moderno (GORCZEWSKI; MARTIN, 2011).

O fator de legitimação, que, na vigência do Estado liberal, repousava no respeito aos direitos individuais, desloca-

-se, com a sobrevivência do modelo de Estado social, para a prestação de serviços (saúde, educação, garantia de um padrão alimentar mínimo, previdência social, facilitação de acesso à casa própria, etc.). (KNOERR, 2004, p. 165).

O modelo social, também conhecido como Estado-Providência, é caracterizado de forma complexa e contraditória. Segundo Boaventura de Souza Santos (1987), as transformações ocorridas nesse novo modelo não residiram apenas nas novas funções que o Estado passou a desempenhar, isso porque as novas formas de atuação política e as alterações que elas provocaram nos aparelhos do Estado configuraram uma mudança na estrutura interna do aparelho estatal.

As novas despesas do capital social, tanto em investimento social, como em consumo social, não significaram simples dispêndios de dinheiro. Envolveram a criação de novos organismos estatais que regularam ou produziram os novos serviços de que o Estado se encarregou, dos mecanismos de regulação econômica, as instituições dos serviços nacionais de saúde, da administração da segurança social ao aparelho escolar, do planejamento urbano e habitação social aos organismos coordenadores das atividades científicas. (SANTOS, 1987, p. 17).

O Estado, ao assumir as obrigações perante os indivíduos, passou a englobar numerosas funções, muitas vezes complexas, com a finalidade de satisfazer as pretensões embutidas nos direitos sociais. Foi dessa forma que, além da tutela dos direitos individuais (exercidos diante do poder público), o Estado passou a atender também os direitos sociais por intermédio da estrutura estatal (KNOERR, 2004).

Segundo Carvalho (2013, p. 10):

Os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzi-

dos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos. A ideia central em que se baseiam é a da justiça social.

Entende, ainda, Andrade (1993, p. 86) que:

A intervenção do Estado, através do planejamento de políticas sociais (relativas a trabalho, saúde, educação, previdência, etc.), como forma de realização de direitos socioeconômicos e, pois, da cidadania, visa assegurar condições mínimas de vida e trabalho às classes subalternas e, conseqüentemente, resgatar uma estabilidade mínima à reprodução do estado capitalista e a dominação que ele articula.

Uma característica marcante do novo arranjo institucional do Estado é que, nesse processo, “[...] as sucessivas intervenções do Estado na sociedade civil significaram simultaneamente intervenções do Estado em si mesmo.” (SANTOS, 1987, p. 17).

O Estado em crise não consegue dar resposta às demandas da sociedade, sobretudo àquelas dos segmentos mais empobrecidos e dos que sofrem vários tipos de discriminação, aglutinando-se em torno de suas carências e da defesa de seus direitos. Num processo de reivindicação, expressão e luta, estes constroem suas identidades e autonomia com uma nova maneira de encarar o Estado e de agir coletivamente, expressando aspirações e necessidades. Passam a constituir-se, então, novos atores sociais e políticos, que não só lutam por políticas públicas que os atendam, mas por serem reconhecidos como sujeito, na construção e efetivação de direitos e de uma cultura política de respeito às liberdades, à equidade social, à transparência das ações do Estado. (TEIXEIRA, 2001, p. 24).

Segundo Berclaz (2013), sendo o Poder Executivo o responsável pela administração do interesse público, incluindo a arrecadação, o dispêndio dos recursos e a realização dos direitos sociais por intermédio das políticas públicas, é sobre ele que recai a maior necessidade de controle no exercício das funções.

De fato, como assinala Teixeira (2001, p. 27, 28), com a necessidade do Estado de Bem-Estar Social intervir na proteção aos trabalhadores, consumidores, inquilinos e na promoção de políticas públicas, “[...] a participação política, nesse momento, desloca-se para os partidos e grupos de pressão, articulando-se os interesses privados para influenciar as decisões do Estado”.

Por mais que a Administração Pública exista para atendimento do bem comum, sabe-se que muitas vezes os governantes distanciam-se do cumprimento adequado da representação, situação que muitas vezes não é detectada com a agilidade esperada pelas instituições burocráticas que integram a ossatura organizacional do Estado [...] Dessa forma, sabendo-se que o poder possui traço relacional que percorre a trajetória do governante ao governado, considerando que diversas situações de negatividade, deficiência ou inexistência de atuação estatal no tocante a direitos e políticas públicas são experimentadas diretamente pelo cidadão-vítima, ganha força a compreensão de que o Estado Constitucional deve estimular a prática de mecanismos pelos quais a sociedade possa exercer vigilância e monitoramento sobre as ações estatais. (BERCLAZ, 2013, p. 60).

Tal mecanismo pelo qual a sociedade passa a exercer a vigilância e o monitoramento sobre as ações estatais, em especial sobre as políticas públicas, denomina-se controle social.

Souza (2003, p. 13) entende sobre a temática que:

Pode-se, então, resumir o que seja política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo,

“colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real.

Segundo Teixeira (2002, p. 2), políticas públicas podem ser compreendidas como “diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”.

Nesse sentido, as políticas públicas se caracterizam como instrumentos necessários para a concretização dos direitos fundamentais previstos no texto constitucional e podem ter a construção e concretização com ou sem a participação da sociedade (o que reforçaria a sua legitimidade e a sua construção democrática). É nesse contexto que se insere a participação social e o controle social na qualidade de manifestações concretas do processo de mediação entre Estado e sociedade.

Explicam Serafim e Teixeira (2008, p. 1) que o “[...] controle social é uma forma de compartilhamento de poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as políticas, um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania”. Por meio do exercício do controle social a sociedade intervém nas políticas públicas.

O controle social poder ser realizado em qualquer fase de implementação de uma política pública. Segundo Serafim e Teixeira (2008, p. 1), pode ocorrer no momento de definir as políticas a serem implementadas, ou posteriormente, no momento “[...] da fiscalização, do acompanhamento e da avaliação das condições de gestão, execução das ações e aplicação dos recursos financeiros destinados à implementação de uma política pública”.

O controle social é exercido nos espaços de diálogo e deliberação direta entre os representantes da sociedade civil e do governo. No Brasil, são exemplos desses espaços de exercício do controle social as Conferências, os Conselhos de Políticas Públicas e os Orçamentos Participativos (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008).

Ressalta Vieira (2013, p. 346) que, em sentido mais amplo, o controle social não se reduz às conferências e aos conselhos. Segundo o autor, “[...] inclui outros espaços de manifestação da cidadania, que podem ser inventados e reinventados pela Sociedade”.

Não existe controle social sem a participação ativa da sociedade em associações, movimentos, fóruns, ONGs, etc. São nestes espaços autônomos de debate que as propostas a serem apresentadas ao governo são amplamente discutidas e formuladas. Nestes espaços, diversos segmentos da sociedade discutem o que esperam das políticas públicas e da sociedade em que vivem, aprendem a dialogar e a respeitar outros pontos de vista, constroem interesses coletivos e definem propostas que, no diálogo posterior com governos, serão apresentadas e defendidas. (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008, p. 2).

O controle social se revela de suma importância ao fomentar a participação e o debate entre a sociedade e o Estado, visando que as políticas públicas atendam, de fato, às necessidades prioritárias da população (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008).

Tais abordagens conceituais sobre o termo “controle social” permitem concluir que o sentido aqui exposto opõe-se ao que se verifica na perspectiva liberal, isso porque, se o controle social é visto como a possibilidade de os cidadãos definirem critérios e parâmetros para orientar as políticas públicas (ou ações públicas), na perspectiva liberal (a defesa das liberdades negativas) busca-se impedir maior ação do Estado para garantir a maior liberdade possível aos indivíduos (TEIXEIRA, 2001).

Ao comentar sobre o tema na perspectiva do Brasil, Berclaz (2013) observa que, do ponto histórico-político, o advento do controle social constitui expressão da cidadania:

Nesse cenário onde poucos têm muito e muitos não têm sequer o mínimo para viver com dignidade, para além do aperfeiçoamento das instituições, o controle social consiste na expressão viva da cidadania no seu viés coletivo, na sua dimensão cívica decorrente da ocupação dos assuntos que transcendem o interesse individual e repercutem no modo (e na vontade) de viver da comunidade, na efetivação e luta por direitos sociais, agora agregando não só entidades político-partidárias, segmentos religiosos ou sindicais, mas novos organismos comunitários [...]. (BERCLAZ, 2013, p. 66).

Sob o ponto de vista constitucional, nessa transição necessária do poder-dominação ao poder focado no cidadão impõe-se a edificação de um controle social implementado a partir da participação da comunidade (BERCLAZ, 2013).

A conformação desse processo (controle social e participação) e os desdobramentos que culminaram, no campo das políticas de saúde, com a diretriz que versa sobre a participação social no âmbito do SUS será objeto de estudo do próximo tópico.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ESTADO BRASILEIRO: CONCEITO, EXPERIÊNCIAS E A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

O estudo da participação social no Estado brasileiro e das experiências participativas por todo território nacional revelam a luta pela criação dos espaços de participação na fiscalização e controle das ações do Estado, principalmente nas áreas que demandam uma prestação positiva, pelos entes estatais, para garantia dos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Antes de dissertar sobre o desenvolvimento do processo da participação social em saúde no Brasil, revela-se necessário pontuar algumas questões gerais com relação ao tema da “participação”. Por caracterizar-se como um termo polissêmico⁶, de fato, é importante esmiuçar algumas questões com referência ao assunto.

Sabendo que o termo “participação” engloba uma amplitude de significados, Escorel e Moreira (2012, p. 853) recorrem aos dicionários da língua portuguesa para verificar o significado dele e constatam que tem seu “[...] sentido vinculado a ‘fazer saber’, ‘comunicar’, ‘associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento’, ‘ter ponto em comum’, ‘ser parte’ e ‘ter ou tomar parte.’” De modo geral, essa amplitude de significados, nos dizeres de Escorel e Moreira (2012), situa a participação como intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições, em especial no que diz respeito às relações indivíduo/coletividade e ao papel mais ou menos ativo/passivo de quem participa.

Segundo Teixeira (2001, p. 27, 28) é fundamental compreender a participação como um processo de interação contínua “[...] entre os diversos atores que são ‘partes’, o Estado, outras instituições políticas e a própria sociedade”. Desde já, a autora menciona que essas relações necessitam de determinadas condições, não restritas ao Estado, mas também aos demais atores e aspectos estruturais e de cultura política que podem favorecer ou dificultar a participação.

A participação social é a base constitutiva da democracia e, por conseguinte, o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalização da outra. O que torna a compreensão dessas relações uma tarefa complexa é que a democracia, assim como a participação, é uma categoria guarda-chuva, que comporta múltiplas e variadas definições. (ESCOREL; MOREIRA, 2012, p. 859).

6 Um exemplo dessa polissemia é descrito por Escorel e Moreira (2012, p. 854): “[...] as categorias ‘participação social’, ‘participação popular’ e ‘participação comunitária’, [...], embora tendo uma mesma origem (a categoria guarda-chuva participação) e apresentando aspectos convergentes, guardam especificidades próprias, visto que procuram analisar diferentes realidades”.

Assinalam Escorel e Moreira (2012, p. 853) que, localizada histórica e socialmente, a participação constitui-se em uma relação que envolve uma tomada de decisão “[...] na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – cultural, econômico e político”.

A questão do espaço comum (público) para o desenvolvimento da participação social é crucial para a efetivação da política de saúde. Segundo Szwako (2012, p. 13), ao longo da última década do século passado e a primeira década do século presente, “[...] os espaços e canais institucionais de participação da sociedade civil assumiram tantas formas e vêm se alastrando com tamanha força pelos três níveis da administração pública brasileira que se tornaram realidade inevitável [...]”.

A construção destes [...] espaços de gestão participativa foi permeada pela construção de uma cultura participativa, que admite, reivindica e valoriza a participação direta e o controle social por parte dos usuários e outros segmentos interessados nas políticas públicas. A construção desta cultura participativa [...] é um processo contínuo de aprendizado que permeia os espaços participativos tanto autônomos da sociedade civil quanto de controle social junto ao Estado. (TEIXEIRA; MORINI; MARX, 2009, p. 85).

Ao analisar as características que compõem o espaço público, Teixeira (2001, p. 46-50) menciona que ele se configura por uma dimensão aberta, plural, permeável, autônoma, de arenas de interação social que seriam aqueles espaços pouco institucionalizados, sendo compostos por “[...] associações, entidades autônomas, grupos de cidadãos, instituições livres, não-estatais nem econômicas, que se relacionam com base em regras e procedimentos discursivos [...]”.

A criação de mecanismos e espaços de participação e democracia direta não é um fim em si mesma, é parte

de uma transformação mais profunda que transcende a institucionalidade do Estado. Deve vir acompanhada do debate político amplo, da inclusão de sujeitos diversos, da ampliação e garantia de direitos, da autonomia da sociedade civil. (MORONI; SERAFIM, 2009, p. 14).

Tais espaços públicos podem ser caracterizados como instâncias participativas cujo propósito é permitir que “[...] os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos.” (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 856).

O papel das instâncias participativas é reunir estes sujeitos, definir estratégias para que objetivos contraditórios possam ser debatidos; submetê-los a um processo de escolha; e, definido o rumo a seguir, direcionar sua atuação para as instituições que regulam as relações existentes nas situações em que pretendem participar. (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 856).

Nas observações de Escorel e Moreira (2012), quanto mais efetivo for o ambiente participativo, maiores serão as possibilidades de os cidadãos pressionarem as instituições para serem mais permeáveis à participação e, por conseguinte, para legitimarem as instâncias participativas.

Analisar a existência e a importância da cultura participativa em uma dada sociedade ou em uma instituição não significa que chegamos ao final de um percurso, mas ao ponto mais social de um ciclo dialético que se amplia ou se restringe nos movimentos que faz em direção aos pontos mais individuais: o ambiente participativo é também construído por indivíduos que, em determinadas situações, direcionam seus objetivos para delas participar, transformando-se em sujeitos e recomeçando o ciclo. (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 858).

Para Esperidião (2014, p. 245), é “[...] por meio da participação dos cidadãos nos espaços públicos que é possível aperfeiçoar os processos democráticos em um país.” No caso brasileiro, assinalam Maranhão e Teixeira (2006, p. 129) que as práticas de participação na história do país podem ser observadas ao longo da história, ainda que os sentidos delas tenham adquirido formas diferentes. “Esses sentidos estão relacionados às questões reivindicadas pelos grupos mobilizados e aos contextos nos quais esta participação esteve inserida”.

As análises sobre a participação social no Brasil, geralmente, partem da realidade dos anos de 1970-1980 (durante o período de efervescência dos movimentos sociais contra o regime militar), mas salientam Maranhão e Teixeira (2006, p. 109) que “[...] o processo de industrialização do país, impulsionado a partir dos anos 1930, foi um importante marco na definição de um tipo de relação entre Estado e sociedade civil”.

Nesse período desenvolvimentista do país, “[...] a formação do Estado brasileiro foi responsável pelo estabelecimento de um padrão corporativo, clientelista e tutelar de relação com os movimentos sociais existentes na época”. O pensamento político, nesse período, considerava a sociedade incapaz de se organizar e legitimava a “[...] autoridade estatal como forma de controle e tutela dos grupos sociais”. “A participação neste momento era bastante restrita e grande parte dela estava sob a tutela estatal, respondendo a uma concepção autoritária e paternalista do conflito.” (MARANHÃO; TEIXEIRA, 2006, p. 109, 110).

A consolidação de um sistema cujo pilar de sustentação era a garantia de alguns direitos aos trabalhadores urbanos fez das políticas sociais instrumentos de controle e segregação da população. Controle, pois, por um lado, elas deveriam mediar e regular os conflitos sociais entendidos como desvios da ordem. Segregação, porque, por outro lado, apenas o trabalho urbano das indústrias e o funcionalismo público eram profissões regulamentadas pelo governo e só estes trabalhadores eram considerados cidadãos, enquanto todos os demais estavam excluídos do sistema de proteção social. (MARANHÃO; TEIXEIRA, 2006, p. 109).

Depois do período Vargas, acompanhou-se, entre o final dos anos 1950 e o início dos anos 1960, uma forte mobilização sindical, camponesa e social em volta do chamado movimento pelas reformas de base. Ainda que a radicalização social e política foram crescentes nesses anos, a correlação de forças não era favorável à aprovação das reformas de base formuladas pelo então presidente João Goulart com o apoio dos movimentos sociais (ALBUQUERQUE, 2006; MARANHÃO; TEIXEIRA, 2006).

Foi nesse contexto que ocorreu o golpe militar de 1964, interrompendo as mobilizações em volta das reformas de base. Lembram Maranhão e Teixeira (2006) que, se em 1964 a repressão não ocorreu de forma tão intensa, pois a liberdade de imprensa, as associações representativas e os partidos políticos não tinham sido afetados, em 1965 a realidade foi outra, com a extinção de partidos políticos e a instituição do regime bipartidário no país.

O Estado militar fechou até mesmo as precárias esferas de interlocução com a sociedade civil existentes e, a partir de 1966 com a edição dos Atos Institucionais (AIs), intensificou a repressão e a violência aos movimentos sociais e a todos os militantes de esquerda, por meio da cassação às liberdades civis e políticas. A luta de resistência ao regime militar se fez fora da institucionalidade e dos modos tradicionais de se fazer política. Sobretudo a partir da segunda metade dos anos 70, os movimentos sociais protagonizam o alargamento do espaço da política por meio da politização de suas práticas cotidianas. [...] A atuação destes movimentos colocou no debate público a disputa pelos sentidos da cidadania, trazendo uma nova concepção firmada enquanto “estratégia política” para a democratização da sociedade. (MARANHÃO; TEIXEIRA, 2006, p. 110, 111).

Segundo Albuquerque (2006), a resistência contra a ditadura vai provocar, em meados de 1970, o surgimento de novas formas de organização na sociedade brasileira. Se, à época, os partidos de esquerda, o movimento sindical, camponês e estudantil vinham sendo perseguidos massivamente, por

outro lado surgiu a politização de outros “[...] espaços de organização social como os bairros, as questões de gênero, de etnias, do meio ambiente, das crianças e jovens marginalizados.” (ALBUQUERQUE, 2006, p. 11). Questionando o autoritarismo e o centralismo da ditadura militar, esses novos movimentos sociais emergiram na cena pública “[...] colocando em pauta a exigência de direitos – civis, sociais e políticos – e o direito de participar da definição das políticas que viessem a garantir esses direitos.” (ALBUQUERQUE, 2006, p. 11).

Tanto as formas de ação quantos as questões trazidas a público configuravam uma novidade na história política do país. As reivindicações por autonomia e independência em relação ao Estado e aos partidos políticos expressavam a recusa às formas tradicionais de organização social do passado. Diferentes atores se mobilizavam na crítica ao Estado centralizado e questionavam a concepção deste ser o único espaço de formulação de um projeto de sociedade. A mobilização social lutava pela descentralização política e pela inclusão de sua participação no processo decisório (MARANHÃO; TEIXEIRA, 2006, p. 111).

Ao analisar o padrão de mobilização e de participação social no Brasil, Avritzer (2016) comenta que ele teve origem no período de redemocratização do país (1985-1988). Segundo o autor, esse período inaugurou um projeto participativo com duas dimensões integradas e complementares.

A primeira dimensão, envolvendo a perspectiva da mobilização social, surgiu pela primeira vez na campanha das Diretas Já, em 1984, manifestando-se em outras oportunidades, como na campanha pelo *impeachment* do ex-presidente Collor e nas manifestações de junho de 2013 (AVRITZER, 2016).

A segunda dimensão desse projeto participativo concentrou-se na participação institucionalizada, sendo que esse foi o que mais se desenvolveu no Brasil Democrático. Para Avritzer (2016), esse formato de participação emergiu com a promulgação da Constituição de 1988 e com as legislações infraconstitucionais que lhe seguiram.

Considera Albuquerque (2006, p. 11) que o movimento da participação popular se manifestou na própria Assembleia Nacional Constituinte, pois as reivindicações dos movimentos sociais “[...] convertem-se em propostas de políticas públicas que visaram garantir, através do novo ordenamento constitucional, a universalização de direitos que jamais houvera na sociedade brasileira”.

A Assembleia Nacional Constituinte brasileira adquiriu importância devido sua orientação participativa. Alguns entre os mais importantes movimentos da sociedade civil (saúde e reforma urbana) e outros atores sociais relevantes (Central Única dos Trabalhadores – CUT – ou o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST) se juntaram à campanha para a aprovação de emendas populares. Este foi o primeiro momento do processo de aprofundamento democrático que criou instituições participativas na área de saúde, planejamento urbano, meio ambiente e assistência social, entre outras. Ao final, a Constituinte gerou uma institucionalidade participativa que levou à criação de mais de vinte mil conselhos no Brasil. (AVRITZER, 2016, p. 14).

As emendas populares na constituinte foram frutos da articulação e mobilização das forças sociais que coletaram centena de milhares de assinaturas em torno das propostas de políticas públicas que versavam sobre “[...] a liberdade sindical, a reforma agrária, a criação de um SUS, a criação de política públicas de assistência social e de atenção à criança e adolescente.” (ALBUQUERQUE, 2006, p. 11).

Com o protagonismo dos movimentos sociais na constituinte, a promulgação da Constituição de 1988 consagrou a criação das instâncias de gestão participativa das políticas sociais. Conforme Maranhão e Texeira (2006), isso ocorreu por meio da aprovação posterior de leis federais específicas de cada área: Lei Orgânica da Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei

Orgânica da Assistência Social, Estatuto da Cidade etc., estabelecendo os espaços de negociação e cogestão dessas políticas.

A natureza participativa deste processo de elaboração de políticas públicas, bem como a necessidade de enfrentar a tradicional impermeabilidade, autoritarismo e centralismo do Estado brasileiro, marcaram as propostas elaboradas com exigências de descentralização e de criação de instrumentos de participação e controle social sobre estas políticas, nos âmbitos federal, estadual e municipal. (ALBUQUERQUE, 2006, p. 11).

Realizando uma análise do momento posterior à promulgação da Constituição de 1988, comenta Avritzer (2016) que os anos 1990 representaram a explosão da participação social no país, no nível local, nas áreas de saúde e políticas urbanas que desencadearam formas intensas de participação.

Além da abertura e consolidação destes canais de participação em políticas sociais como os conselhos gestores de políticas, a Constituição de 1988 forneceu capacidades financeiras e legais aos municípios, que permitiram que atores locais e governos (especialmente partidos de esquerda, como o recente Partido dos Trabalhadores) criassem experiências participativas locais. O Orçamento Participativo, que ficou amplamente conhecido em todo o mundo a partir da experiência de Porto Alegre, foi uma dessas experiências, entre outras que procuraram democratizar o acesso da população ao orçamento público, abrindo as contas públicas e ampliando a participação cidadã. (MARANHÃO; TEIXEIRA, 2006, p. 112).

Comenta Costa (2012) que a experiência no Rio Grande do Sul com o orçamento participativo do município de Porto Alegre (governado, naquele momento, pelo Partido dos Trabalhadores) tinha como objetivo abranger o maior número de cidadãos a participarem nas decisões orçamentárias do

Município via assembleias, havendo um vínculo do povo com as decisões muito superior à mera participação de um processo eleitoral formal.

No ensaio gaúcho sobre a participação, os cidadãos atuavam tanto na função ativa como na propositiva, no enfrentamento dos temas discutidos nas assembleias. A dinâmica de funcionamento das assembleias ocorria pela eleição de representantes para participarem como membros do conselho, sendo o cargo exercido com limite anual, sem renovação e passível de revogação. A revogação, como consequência de uma representação inadequada do representante, era decidida pela assembleia. Assim, para bem exercer a função de representante, era necessário um agir participativo, ativo e sem interrupções, o que tornava diminuto o poder do representante em face dos representados (COSTA, 2012).

Ao analisar tais experiências de participação na história recente do país, Avritzer (2016) comenta que o projeto político participativo anterior à promulgação da Constituição de 1988 tinha dois grandes componentes integrados entre si: a mobilização e a participação institucionalizada. Posteriormente à promulgação da Carta Magna de 1988, tal projeto passou a ter apenas um, a forma institucionalizada da participação.

No campo da participação em saúde, ao analisar o desenvolvimento das políticas de saúde no país, verifica-se as alterações de sentido que o termo “participação” adquiriu ao longo dos anos. Leciona Vieira (2013, p. 338) que “[...] as experiências participativas se interligam com todo processo histórico realizado pela Sociedade para desprivatizar o público e torná-lo um patrimônio da coletividade”.

Adiantam Escorel e Moreira (2012) que a participação da população em programas e ações de saúde não iniciou com o SUS, isso porque, nas décadas de 1970 e 1980, outros tipos de conselhos procuravam viabilizar a participação da população nos conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos. Nesse período, a participação desponta sob a denominação de “participação comunitária”, ligada aos programas de extensão de cobertura preconizados pelas agências internacionais de saúde para América Latina.

Em contextos ditatoriais, como era o caso de muitos países da América Latina, inclusive o do Brasil, esses programas ou foram implementados mutilando a dimensão participativa ou utilizados por agentes e intencionalidades contestatórias do status quo político-sanitário, em busca da construção/divulgação de um projeto sanitário contra-hegemônico. (ESCOREL; MOREIRA, 2012, p. 867).

Souza (2007) menciona que o termo “participação comunitária” tem origem no início do século XX, a partir das experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários de saúde norte-americanos. Nesses centros, o trabalho comunitário era estabelecido com um caráter de assistência social, de educação e integralidade, pois era dirigido aos mais pobres com maiores riscos sociais e sanitários, a partir da transmissão de conhecimentos que estimulavam o autocuidado, a solidariedade e o coletivismo, englobando diversos programas (desde atenção materno-infantil à saúde mental, tuberculose etc.).

No contexto brasileiro, é importante enfatizar que:

[...] as noções de participação comunitária até então estavam limitadas ao envolvimento da população com execução de serviços e com atividades de conscientização sobre hábitos de higiene, marcadas por práticas de mutirão (atividades de “autoajuda”), o que poderia representar processos de exploração da população local, já marcada por elementos de exclusão social. (ESPERIDIÃO, 2014, p. 246).

Em um segundo momento, ganha força o sentido de “participação popular”, sendo substituída a categoria comunidade pela categoria povo, englobando a parcela da população excluída e subalternizada no seu acesso a bens e serviços. Afirmam Escorel e Moreira (2012, p. 867) que essa proposta representou a “[...] radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. [...]. O lócus da participação deixou de ser o serviço de saúde e passou a ser o conjunto da Sociedade e do Estado, ganhando novo objetivo - a democratização da saúde [...]”.

Neste momento, a noção de participação popular apresenta um sentido de combate ao Estado e representa o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. [...]. Em face dos problemas sociais da população, ocorre um deslocamento da dimensão técnica para a dimensão política. A concepção do processo saúde-doença passa a enfatizar a dimensão que o meio social exerce no curso das doenças, e o risco sanitário passa a ser associado à dificuldade de acesso da população aos bens e serviços essenciais, como educação, moradia, saúde, lazer. (SOUZA, 2007, p. 121, 122).

Ao mencionar sobre a importância da participação popular no planejamento da política de saúde, às vésperas da promulgação da Constituição de 1988, Dallari (1988) salienta que a participação popular era fundamental para que o conteúdo do direito à saúde correspondesse aos limites tolerados de interferência na liberdade e respeitasse a igualdade essencial dos homens, assim como se apresentava adequado ao estágio de desenvolvimento atingido pela comunidade.

O sentido que adquire a participação popular no período que antecede a promulgação da CRFB/1988 aproximava-se da conformação de um controle social da política de saúde, no qual caberia à população exercer o monitoramento das ações do Estado no atendimento às demandas sociais (SOUZA, 2007).

Com o advento da Constituição de 1988, restou estabelecido, no artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde seriam organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, seguindo algumas diretrizes como a descentralização, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade na gestão. A participação social no controle das ações e serviços públicos de saúde foi regulada pela Lei n. 8.142, de 28 dezembro de 1990, que dispôs, em seu artigo 1º, que o controle social em saúde ocorreria por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Segundo Escorel e Moreira (2012), foi na década de 1990, junto à implantação do SUS, que ganhou força a categoria de participação social, deixando de se referir apenas à participação de setores sociais excluídos e passando, então, a reconhecer e a acolher a diversidade de interesses e projetos existentes.

Para Wendhausen e Kleba (2012, p. 41), “[...] a participação social no espaço das políticas sociais é defendida enquanto necessária e indispensável para que sua consolidação se conforme mais democrática e eficaz”. Compreendem as autoras que a participação social é:

[...] força motriz que permite agregar parceiros, que, ao vivenciarem experiências de empoderamento, qualificam o processo de democratização da sociedade, possibilitando transformações nas condições sociais e contribuindo à construção de uma sociedade mais justa e equitativa. (WENDHAUSEN; KLEBA, 2012, p. 41).

A institucionalização da participação social no SUS, depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, se materializou com os Conselhos e Conferências de Saúde, possibilitando maior presença e ação da sociedade na política de saúde do Estado. Para Costa e Vieira (2013, p. 237), a introdução de novas instâncias de participação na configuração democrática do Estado deriva da combinação dos mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa e, dessa forma, compreendem que “[...] trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente, de promoção de autonomia dos atores sociais”.

As conferências e Conselhos de Saúde constituíram-se, ao longo desses 30 anos do SUS, em espaços participativos de novos atores sociais que influenciaram na definição e execução da política de saúde no país, rompendo com o centralismo e autoritarismo que historicamente excluía dos processos decisórios parcelas significativas do povo brasileiro.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES DOS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS

A participação social no controle das ações e serviços públicos de saúde é regulada pela Lei n. 8.142, de 28 dezembro de 1990, que dispõe, no artigo 1º, que o controle social em saúde ocorre por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. A referida lei estabeleceu que as Conferências de Saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Já os Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo (União, Estados e municípios) (BRASIL, 1990).

As Conferências e Conselhos de Saúde constituíram-se, ao longo dos últimos 30 anos, em canais estratégicos de reivindicação, formulação, controle e avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil, em todas as esferas de governo. Consolidando-se como mecanismos essencialmente democráticos, as Conferências e os Conselhos de Saúde, amparados pela legislação estabelecida desde sua conformação, ainda têm possibilitado para sociedade a manutenção de canais de participação institucional na definição e execução da política de saúde. Mesmo em tempos turbulentos, tais espaços têm contribuído para manter a saúde como direito de todos e dever do Estado.

As Conferências de Saúde

A história das Conferências de Saúde no país tem início no governo de Getúlio Vargas, com a edição da Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que deu nova organização para o Ministério da Educação e Saúde e instituiu, no artigo 90, a Conferência Nacional de Saúde (e a Conferência Nacional de Educação) com a finalidade de facilitar, por parte do Governo Federal, o conhecimento das atividades concernentes a essas áreas (Educação e Saúde) realizadas em todo território nacional (BRASIL, 1937).

As primeiras Conferências de Saúde tinham como papel promover o intercâmbio de informações para propiciar ao Governo Federal o controle das ações e serviços realizados nos Estados e municípios. As duas primeiras conferências (feitas em 1941 e 1950) se assemelharam a encontros técnicos de administradores federais e estaduais (ESPERIDIÃO, 2014).

A ampliação do caráter de espaço público das Conferências de Saúde só vai ocorrer a partir de 1986, com a realização da 8ª CNS, precedida por algumas conferências preparatórias em etapas estaduais e municipais ao redor país, quando os representantes de trabalhadores e organizações da sociedade civil puderam participar na condição de delegados, com direito a voz e voto (BRASIL, 2009).

Ao analisar o histórico das conferências, verifica-se que, até 2018, realizaram-se um total de quinze Conferências Nacionais de Saúde, sendo que de 1941 a 1980 ocorreram sete (sem participação da Sociedade); uma durante o período de redemocratização do país com a participação de movimentos sociais ligados à saúde (8ª CNS) e sete depois da promulgação da CRFB/1988 e criação do SUS, como mostra a tabela 2:

Tabela 2 – Conferências Nacionais de Saúde, datas e temas

Nº da Conf.	Data	Tema
1ª	6/1941	Situação sanitária e assistência dos Estados
2ª	12/1950	Legislação referente à higiene e segurança no trabalho
3ª	6/1963	Descentralização na área da saúde
4ª	8, 9/1967	Recursos humanos para as atividades de saúde
5ª	8/1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua Institucionalização
6ª	8/1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
7ª	3/1980	Saúde como direito inerente à cidadania e a personalidade – reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor saúde

Continua...

Continuação.

Nº da Conf.	Data	Tema
8ª	3/1986	Municipalização é o caminho Construção do modelo de atenção à saúde
9ª	8/1992	Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com Controle Social
10ª	9/1996	Saúde como direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos
11ª	12/2000	Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com Controle Social
12ª	12/2003	Saúde como direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos
13ª	11/2007	Políticas de Estado e desenvolvimento
14ª	11,12/2011	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro
15ª	12/2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro
16ª	8/2019	Saúde e Democracia

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de Vieira (2013), Brasil (2009), Brasil (2015) e Brasil (2019)

Discorre Avritzer (2016) que, depois da promulgação da CRFB/1988, em todas as áreas ocorreram intensas transformações que estabeleceram um novo arranjo das políticas sociais no Brasil. No âmbito das Conferências, mencionam Costa e Vieira (2013) que, nos últimos 30 anos, elas tornaram-se mais participativas e ampliaram seu caráter deliberativo. Particularmente entende-se que, depois de 2003, as conferências foram realizadas de forma mais frequentes e com um formato mais inclusivo.

Mesmo as conferências nacionais sendo realizadas por outros setores de políticas sociais, é possível observar características comuns entre elas:

- a. Definir princípios e diretrizes das políticas setoriais: os participantes da conferência devem traçar um plano es-

- estratégico para o setor, definindo as prioridades da secretaria para os próximos anos.
- b. Avaliar programas em andamento, identificar problemas e propor mudanças, para garantir o acesso universal aos direitos sociais.
 - c. Dar voz e voto aos vários segmentos que compõem a sociedade e que pensam o tema em questão.
 - d. Discutir e deliberar sobre os conselhos no que se refere a formas de participação, composição, proposição da natureza e de novas atribuições. Os delegados das conferências também podem indicar os membros titulares e suplentes, opinar sobre sua estrutura e funcionamento e recomendar a formação de comitês técnicos.
 - e. Avaliar e propor instrumentos de participação popular na concretização de diretrizes e na discussão orçamentária. (TEIXEIRA; MARANHÃO; LOTTA, 2005, p. 1).

Concernente às Conferências Nacionais de Saúde realizadas depois da instituição do SUS, em 1988, essas⁷ ocorreram sob a vigência da Lei n. 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecendo que cada esfera de governo teria de realizar conferências com periodicidade de quatro anos para suas reuniões (BRASIL, 1990).

Heimann e Kayano (2006) mencionam que as Conferências de Saúde são as instâncias máximas de decisão para a formulação e reformulação da política de saúde no país. Realizadas nos três níveis de governo, a Conferência Nacional de Saúde ocorre a cada quatro anos, em Brasília; as Conferências Estaduais de Saúde, também realizadas a cada quatro anos, ocorrem nas capitais dos Estados; e, por fim, as Conferências Municipais de Saúde são previstas para ocorrerem no mínimo a cada quatro anos.

As conferências são espaços amplos de participação e envolvem plenárias ascendentes nas três esferas de governo. Segundo Krüger (2008, p. 118),

7 Ainda que a 9ª Conferência tenha sido convocada pelo Decreto n. 99.045, de 7 de março de 1990 (anterior a promulgação da Lei n. 8.142/90), ela só foi realizada em 1992 (BRASIL, 2009).

“[...] através das pré-conferências são mobilizados núcleos organizados desde a esfera inframunicipal”.

Nas esferas estadual e municipal as conferências foram instituídas pela Lei n. 8142/1990, e começaram a se disseminar a partir das conferências preparatórias à 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Nessa ocasião, cerca de metade dos municípios brasileiros então existentes e todos os estados e o Distrito Federal realizaram suas conferências. Na preparação da 10ª Conferência, em 1996, além das vinte e sete realizadas na instância estadual, já ocorreram em mais de três mil municípios. (BRASIL, 2009, p. 32).

Conforme estabelece o artigo 1º, parágrafo 1º, da Lei n. 8.142/1990, as Conferências de Saúde contaram com a representação dos vários segmentos sociais, com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política do setor. O mesmo dispositivo ainda estabelece que as conferências devem ser convocadas pelo Poder Executivo e, de maneira extraordinária, pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990).

Acrescenta-se que as Conferências de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio. Esse regimento, segundo Vieira (2013, p. 354), deve ser “[...] formulado pelo conselho de saúde do ente federativo respectivo mediante proposta de resolução, que para ter validade deverá ser homologa pelo gestor”.

O objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre

aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema. (BRASIL, 2009, p. 33).

Comentam Costa e Viera (2013) que o modelo adotado nas conferências nacionais, que parte de uma consulta local e agrega o conjunto de propostas municipais no âmbito do Estado e que desembocam, depois, na etapa nacional, envolvendo a sociedade civil e os governos, é um processo característico do Brasil, e não tem iniciativa similar em outros países.

As diretrizes estabelecidas nos espaços das Conferências de Saúde vão compor o relatório final de cada conferência, e tais relatórios são de extrema importância, primeiro por tornar claro o caminho que a política de saúde deve trilhar, e, segundo, ao servir de bússola, apontando a direção a ser seguida para atuação dos Conselhos de Saúde.

Nesse sentido, o relatório das conferências é um instrumento a ser utilizado pelos Conselhos de Saúde no planejamento de suas atividades e na construção e sua agenda de trabalho.

Os Conselhos de Saúde

As características presentes na realidade operativa dos Conselhos de Saúde no Brasil compreendem a necessidade de se estabelecer um novo relacionamento entre o Estado e a sociedade, a emergência de um poder cidadão e a importância do exercício democrático de controle social sobre o cumprimento das funções estatais (BERCLAZ, 2013).

A participação nos conselhos de gestão permitiu alterar as formas tradicionais de definição das políticas no Brasil, uma vez que a criação deles possibilitou combater o favorecimento ilícito, o clientelismo, a corrupção, a dominação das elites sobre as classes populares e ainda induziu o exercício de práticas democráticas e participativas (PÓLIS, 1999).

Os conselhos representam espaços de construção de alternativas para solução dos graves problemas vividos pelo povo e, num sentido amplo, devem

ser espaços para elaborar e implementar projetos que venham trazer vida e dignidade àqueles que sempre tiveram seus direitos negados (PÓLIS, 1999).

Aos conselhos gestores de políticas públicas, como instrumentos de controle social das políticas sociais em todos os níveis da federação, cabe o papel de deliberar políticas e aprovar planos, fiscalizar as ações e utilização dos recursos, aprovar ou rejeitar as prestações de contas feitas pelo poder público e emitir normas (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008).

Assim como na história das conferências nacionais, os conselhos sociais no país antecedem a promulgação da CRFB/1988. Especificamente no campo das políticas de saúde, os conselhos não nasceram com a 8ª CNS, nem a partir da CRFB/1988 ou da Lei n. 8.142, de 1990, pois eles já existiam tanto na forma de organização autônoma da sociedade quanto dentro da estrutura oficial do Estado⁸ (VIEIRA, 2013).

É primordial frisar que a atual concepção dos Conselhos de Saúde como espaço de exercício da cidadania participativa diferencia-se das experiências anteriores, de perfis “[...] formalistas, burocratizadas e autoritárias que se resumiam à esfera nacional e não tiveram a sua origem da organização da Sociedade.” (VIEIRA, 2013, p. 359).

Conforme Vieira (2013, p. 359), “[...] a experiência conselhistas que se traduziu como expressão da República Participativa criada pela CRFB/1988 tem a sua base nas lutas sociais e nas mobilizações da Sociedade contra a ditadura militar”.

De acordo com Gerschman (1995), os Conselhos de Saúde são, como regulamenta a CRFB/1988, órgãos de participação da sociedade na definição do sistema e serviços de saúde em níveis nacional, estadual e municipal.

Definidos como órgãos colegiados integrantes do Poder Executivo de natureza deliberativa e fiscalizadora, os conselhos de saúde constituem mecanismos institucio-

8 Para Vieira (2013), o Decreto n. 169, de 1890, criou, no início da República, o Conselho de Saúde Pública; mais tarde, a Lei n. 378, de 1937, trazia a previsão de um Conselho Nacional de Saúde vinculado ao Ministério de Educação e Saúde.

nalizados de participação social no interior de entes da Administração Pública Direta. Trata-se, pois, de uma relação governo, profissionais de saúde e sociedade civil, regida pela corresponsabilidade de todos para com a saúde. (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 253).

Segundo disciplina o artigo 1º, parágrafo 2º, da Lei n. 8.142/90, os Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Eles atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada instância correspondente, inclusive no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros, sendo que as decisões provenientes dos conselhos serão homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Se as Conferências focam suas deliberações nas diretrizes da política, os Conselhos de Saúde, também deliberativos, têm por finalidade formular, acompanhar, avaliar e controlar a execução da política de saúde. Estes fóruns se organizam junto à gestão federal do SUS – Conselho Nacional de Saúde; junto às gestões estaduais e municipais do SUS – respectivamente os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Obedecem à mesma composição das Conferências e têm sua criação regulamentada pelos Legislativos Municipais, Estaduais e Federal. (HEIMANN; KAYANO, 2006, p. 94).

Para Escorel e Moreira (2012), a Lei n. 8.142/90 praticamente reeditou o artigo sobre a participação da comunidade vetado na Lei n. 8.080, pois para além de estabelecer a obrigatoriedade da existência de conselhos municipais, estaduais e federal, a legislação ampliou a autonomia deles ao definir que suas normas de organização e funcionamento deveriam ser oficializadas por meio de regimentos internos específicos, de elaboração e atribuição dos próprios conselheiros.

A criação dos conselhos estaduais e municipais de saúde ocorreu por meio de diferentes mecanismos, principalmente com decretos do Executivo e as leis específicas aprovadas no âmbito Legislativo. Costa e Vieira (2013) comentam que “[...] o mecanismo de criação por lei consta como recomendação nas duas Resoluções, a de n. 33 e a n. 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, ambas orientadoras da estruturação e funcionamento destas instâncias”.

[...] todos os municípios e estados têm liberdade para formarem os seus Conselhos de Saúde. Mas, para fazerem isso, devem garantir condições de pleno funcionamento ao Conselho, assegurando-lhe autonomia administrativa e financeira. A Resolução do CNS n. 333, de 2003, esclarece que a criação de um Conselho de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, distrital ou municipal. (BRASIL, 2013, p. 40).

Lembra Vieira (2013) que, na ausência de disposição legal de como seria feita a distribuição proporcional das vagas entre os segmentos (representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários) que compõem os conselhos, restou tal definição às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, elencam-se três resoluções que buscaram apresentar parâmetros para a forma de composição dos Conselhos de Saúde: a Resolução n. 33, de 1992, a Resolução n. 333, de 2003, e, por fim, a Resolução n. 453, de 2012, esta última que adequou os textos produzidos pelas resoluções anteriores, aprovando diretrizes para criação, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Mantendo o que propuseram as Resoluções n. 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde, a Resolução n. 453, de 2012, estabeleceu que, na composição dos conselhos, a distribuição das vagas respeitaria a seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços (BRASIL, 2012).

A Resolução n. 453/2012 avançou e definiu que, entre os conselheiros usuários, respeitando as especificidades locais, seriam contempladas representações de diversos setores da sociedade civil: associações de pessoas com patologias; associações de pessoas com deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados (Movimento Negro, LGBT...); movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas e organizações religiosas (BRASIL, 2012).

A priori, observa-se que a composição dos conselhos atende a dois critérios específicos: o da representatividade e o da paridade. A representatividade encontra-se na atuação do conselheiro, que apesar de defender os interesses de toda a sociedade, atua como interlocutor de um segmento específico. Já a paridade materializa-se no número de conselheiros usuários (50%) e conselheiros que representam os outros segmentos (50%) (BRASIL, 2013).

A quarta diretriz estabelecida na Resolução n. 453/2012 versa sobre a estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde e dispõe que as três esferas de governo devem garantir autonomia administrativa para o pleno funcionamento do conselho, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva, com a necessária infraestrutura e apoio técnico. Como tal, para garantir total autonomia e efetividade ao controle social, o Conselho de Saúde não é subordinado ao Poder Executivo – ao prefeito, ao governador ou ao secretário de saúde, por exemplo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Todo Conselho de Saúde deve possuir um Plenário, pois é nele que os conselheiros se encontram oficialmente para deliberarem sobre diferentes assuntos. Os Conselhos possuem, também, uma Presidência, uma Mesa Diretora e uma Secretaria Executiva. As demais estruturas, Comissões e Grupos de Trabalho, por constituírem-se assessorias ao Plenário, sem caráter deliberativo, devem ser instituídas pelo Conselho, de acordo com a necessidade. (BRASIL, 2013, p. 46).

Para tornar públicas suas decisões ou outras manifestações de seu interesse, os Conselhos de Saúde fazem uso de três tipos de deliberações. Além disso, devem divulgar suas pautas e atas de reunião (BRASIL, 2013).

Por ter valor jurídico, toda reunião do Plenário é documentada por uma ata, que apresenta um resumo fiel dos fatos, ocorrências e decisões tomadas pelos conselheiros durante as reuniões (BRASIL, 2013).

O Pleno do Conselho de Saúde manifesta-se por meio de resoluções, recomendações e moções:

- a. Resolução – É uma decisão de caráter geral que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo. Devido a esse caráter, as resoluções devem ser obrigatoriamente homologadas pelo chefe do Poder Executivo, em até trinta dias. Caso isso não aconteça, ou não seja encaminhada uma justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na próxima reunião do Conselho, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação da resolução, recorrendo ao Ministério Público.
- b. Recomendação – É uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou da forma de execução de uma política ou ação de saúde. Normalmente, aborda assuntos específicos, não de responsabilidade direta do Conselho, mas que são relevantes e necessários.
- c. Moções – É uma manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato. (BRASIL, 2013, p. 50, 51).

Mesmo com a normatização criada para garantia da participação social no controle das ações e serviços de saúde nas três esferas do governo, é preciso compreender que tal relação se trata de um processo permanente, no qual constata-se grandes avanços nesses 30 anos do SUS, mas que ainda apresenta algumas limitações, não só de caráter interno, mas também externo.

Os limites para o exercício da participação social no SUS

Podemos afirmar que os limites encontrados para o exercício da participação social no SUS são tanto de origem interna aos espaços das Conferências e Conselhos de Saúde, quanto externa, principalmente no que diz respeito ao modelo democrático vigente no país.

No que se refere às Conferências de Saúde, Costa e Vieira (2013) mencionam que algumas modificações são necessárias por algumas razões. A primeira questão a ser superada é com relação ao período de realização das conferências municipais de saúde, visto que as nacionais impõem aos municípios realizarem as suas no terceiro ano de suas administrações locais. “Idealmente essas conferências deveriam seguir o tempo político das eleições municipais, antecedendo a realização do Plano Municipal de Saúde e os respectivos desdobramentos do planejamento setorial.” (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 252).

[...] o debate das questões locais, estratégico para provocar mudanças para os munícipes, vai perdendo sua importância. A desarticulação e a ausência de debate para a sistematização política sobre o sistema de saúde e das políticas sociais faz com que os relatórios de conferências sejam compostos por uma sequência repetitiva de demandas de caráter reivindicatório pontuais, cujo impacto sobre a gestão do SUS é questionável. (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 253).

Um outro entrave, identificado por Stotz (2006, p. 152, 153), é com referência à ausência da mobilização popular no momento de partida das Conferências, “[...] não conseguindo identificar e debater as condições de vida e de trabalho enquanto forma inicial de avaliar a situação de saúde das populações e de desencadear reflexão acerca das prioridades para o planejamento da saúde”. Segundo o autor, preocupa-se mais com o credenciamento das organizações populares para participar da conferência com direito a indicação de delegados, do que realmente discutir a situação da saúde das populações locais.

A avaliação da situação de saúde, como ademais, o conjunto das proposições encaminhadas para o debate foi quase sempre urna elaboração de grupos técnicos do Ministério da Saúde e de atores institucionais como o CONASS (Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva). [...] Fato é que as conferências acabaram por se tornar momentos de legitimação do processo de implantação do SUS, com seus avanços, limites e contradições. (STOTZ, 2006, p. 152).

Por fim, como questões-limite a serem enfrentadas, Costa e Vieira (2013, p. 252) lembram sobre a desconexão entre o conteúdo das propostas das conferências e os planos produzidos no município, atestando o baixo impacto e real poder deliberativo da ação participativa e revelando a baixa importância dada aos relatórios das conferências, “[...] tanto para os gestores como para os conselhos de saúde que não direcionam o seu trabalho para o monitoramento da operacionalização das propostas oriundas das conferências”.

Já com relação aos Conselhos de Saúde, Berclaz (2013, p. 177) aponta que o primeiro limite mencionado diz respeito à “[...] falta de reconhecimento do caráter propriamente político dos conselhos sociais como espaços de poder pelos governantes”, que, ainda segundo Berclaz (2013, p. 177), pode ser atribuída “[...] ao fato de a mobilização política e libertária da sociedade civil ainda ser incipiente na superestrutura ideológico-cultural da sociedade brasileira, marcada por um passado histórico de colônia, de escravatura, de ditadura”.

Tais sedimentos resultaram na formação de uma sociedade civil que, apesar de ter experimentado diversos avanços nos seus aparelhos de hegemonia e no desenvolvimento de seus intelectuais (muitos dos quais orgânicos), ainda se mostra – pelo menos para a implementação das transformações exigidas pela realidade do povo brasileiro, – um tanto quanto flácida e gelatinosa, integrante

de uma esfera pública ainda insuficiente e incapaz, sob o ponto de vista ideal, de construir de modo eficaz um novo momento, um novo *bloco histórico* marcado pelo compartilhamento permanente do poder do governante com a sociedade, próprio de uma democracia mista co-determinada por traços representativos, participativos e deliberativos. (BERCLAZ, 2013, p. 177, 178).

Costa e Vieira (2013, p. 256) ainda comentam a questão da democracia interna nas práticas dos conselhos como outro entrave. Observam as autoras que se tem perdido o caráter da diversidade e do poder de representação nos Conselhos de Saúde, em decorrência da formação de uma “elite de referência” que exerce poder maior sobre o conjunto de atores. As características, geralmente, apresentadas por esse grupo são “[...] capacitação técnica ou política, maior perfil socioeconômico e que consegue ter maior poder de influência em relação a outras representações.” (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 256).

Um dos maiores trunfos da sociedade é a sua diversidade que deve ser expor a pluralidade a ser representada no espaço público. Paradoxalmente, entretanto, a ausência da prática política das representações dos usuários transforma a diversidade em motivo para a fragilidade. [...] apesar da paridade numérica com os outros segmentos, não há na sociedade civil uma paridade política. [...] O produto disso é que no processo de escolha, a sociedade acaba sendo influenciada, quando não atropelada, pelos posicionamentos de outros segmentos, seja dos trabalhadores ou do governo. (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 256).

Constata ainda Vieira (2013, p. 458) que, em várias situações, percebe-se que os Conselhos de Saúde funcionam “[...] mais por uma necessidade cartorial de recebimento dos recursos federais da área da saúde do que para servir como arena de debates e formulação das políticas públicas de saúde”.

Vieira (2013, p. 438) explica que essas características contraditórias dos Conselhos ocorrem “[...] pela razão de eles estarem inseridos no contexto

de uma disputa entre dois paradigmas, o da modernidade burguesa e o da República Participativa Pós-Moderna”. Para o pesquisador, o atual paradigma jurídico e político dos conselhos de saúde não se encontra de acordo com a cidadania participativa oriunda da República Participativa, de maneira que não tem contribuído com a concretização do direito à saúde previsto na CRFB/1988 (VIEIRA, 2013).

[...] apesar de terem surgido pela ação da Sociedade e no processo que culminou na Constituinte da Saúde, ou seja, na Soberania Participativa criando o SUS, foram regulados dentro do paradigma da modernidade, o que lhes ceifou em parte a capacidade criativa e formuladora do direito e lhes relegou um papel formal, de condição para acesso aos recursos públicos federais da saúde pelos entes federativos. (VIEIRA, 2013, p. 438, 439).

Essa contradição descrita por Vieira no parágrafo citado diz respeito ao que se estabelece neste trabalho como limites externos à participação social no SUS. Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha sido promulgada sob influência do modelo de Estado Social de Direitos e ampliando a participação social “[...] dentro das regras do jogo democrático, [...] o fez dentro dos limites da cidadania representativa.” (VIEIRA, 2013, p. 368, 369).

Tal característica fica evidente ao se constatar o baixo grau de mobilização da sociedade:

Hoje há praticamente um consenso de que prevalece na maioria das cidades um baixo grau de mobilização e de politização dos movimentos sociais para a defesa dos direitos sociais e da saúde em particular, que pode ser responsável, em parte, pela baixa efetividade dos conselhos e conferências e pela manipulação dos governos exercida por meio dos gestores da saúde. (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 255).

Esse baixo grau de participação social pode decorrer dos resquícios de uma “[...] cultura política autoritária, que historicamente marcou as relações de poder no Brasil. Muitos governos concordam, em princípio, com a participação, mas, na prática, agem sem levá-la em conta”, e o mesmo vale para a população, “[...] que muitas vezes ‘pede’ pela participação, mas, na prática, fica esperando um líder que resolva tudo, sem que precise se envolver muito com as questões.” (SERAFIM, TEIXEIRA, 2008, p. 3).

Para além do momento das eleições, a participação da sociedade deve ser perseguida e garantida, a fim de que haja espaço para a explicitação de conflitos e negociação entre os diversos segmentos da sociedade e governo, e que se garanta direitos, superando as desigualdades. (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008, p. 3).

Compreende-se que o atual modelo democrático não é ou será capaz de fornecer alternativas viáveis para a superação dos limites listados anteriormente para o exercício da participação social no SUS, tendo em vista a utilização, na prática, na matriz clássica da democracia liberal para compreender um processo democrático muito mais complexo e participativo, que rompe (ou deveria romper) com a paisagem simplista da modernidade liberal e das amarras da democracia representativa.

Dessa forma, busca-se um novo marco teórico que possibilite realizar uma leitura, sob perspectiva crítica⁹, distinta das “soluções” que se estabeleceram até o presente momento, de maneira a contribuir para superação dos limites encontrados para realização da participação social no SUS.

9 Segundo Wolkmer (2016, p. 680), “Uma teoria de perspectiva crítica opera na busca de libertar o sujeito de sua condição histórica de um ser negado e de um ser excluído no mundo da vida com dignidade. A ‘crítica’ como saber cognitivo e exercício da prática emancipadora, tem de revelar o grau de alienação e de automação vivenciado pelo homem que, na maioria das vezes, não tem real e verdadeira consciência dos processos determinantes e aviltantes que inculcam representações míticas”.

CAPÍTULO 3

A TEORIA DA DEMOCRACIA RADICAL DE CHANTAL MOUFFE



[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)



O atual modelo democrático não é capaz de fornecer alternativas viáveis para a superação dos limites para o exercício da participação social no âmbito do SUS no Brasil, tendo em vista a sua abordagem formalista, ausente de elementos da complexidade social e estruturada a partir da lógica da representação.

Nesse sentido, para o aprofundamento da experiência democrática nacional na área da saúde, faz-se necessário a busca de elementos teóricos que possibilitem compreender a dinâmica que envolve tal realidade.

De fato, uma breve retrospectiva dos acontecimentos recentes na política brasileira (principalmente de 2013 a 2018) revela a urgência em proceder uma análise sobre o tema da democracia no país.

Para tanto, partindo da reflexão da crise democrática brasileira, foi feito, neste capítulo, o estudo da proposta teórica denominada Democracia Radical, formulada pela filósofa política Chantal Mouffe.

Nos escritos de Mouffe, encontramos seu entendimento acerca da incapacidade dos teóricos políticos (principalmente os liberais) em compreender a importância do caráter do político, o que tem resultado em consequências graves para o aprofundamento da democracia pluralista contemporânea.

DEMOCRACIA EM CRISE NO BRASIL? UMA LEITURA RECENTE DOS IMPASSESSES

Problematizar algumas questões referentes ao modelo democrático no Brasil faz-se necessário antes de proceder a uma análise da teoria da democracia radical de Chantal Mouffe. Inicialmente, menciona-se que não é objeto deste tópico recuperar toda uma suposta tradição democrática vivenciada no país, mas sim abarcar alguns pontos centrais que justificam, posteriormente, a relevância de proceder a uma leitura da participação social exercida no SUS, desde o modelo radical de democracia.

Para tanto, focaliza-se em alguns acontecimentos políticos que ocorreram no país, mais especificamente desde 2013, para demonstrar a urgência na leitura de novos caminhos/saídas para a questão democrática no país.

Avritzer (2018) ressalta que há um certo paradoxo na evolução da democracia no Brasil. Para o cientista político, até 2013, todos os indicadores de curto prazo apontavam para a consolidação e o fortalecimento da democracia no país. Ocorreu que nos cinco anos que vão de junho de 2013 a 2018, houve uma completa inversão de condições, com a produção de um “mal-estar” na democracia.

Para Avritzer (2018), esses momentos de mal-estar envolvem fortes divisões políticas, crise econômica e certo desacordo em relação ao projeto de país. Lembra o autor que foi assim que as crises de 1954 e 1964 se desenrolaram. Em ambos os casos, havia um conflito político em torno dos governantes e seus projetos políticos, ocasionando, em 1954, na tentativa de afastamento do presidente Getúlio Vargas, e no Golpe de Estado de 1964. Assinala ainda Avritzer (2018) que essas divisões acentuavam a controvérsia em relação a projetos econômicos, em especial a um projeto mais estatizante ou desenvolvimentista e a um projeto mais liberal.

O autor nos lembra que a primeira experiência democrática no país ocorreu entre 1945 e 1964, sendo marcada por uma forte instabilidade, pois três presidentes, Vargas, Jânio Quadros e João Goulart, não completaram os seus mandatos, e dois dos que completaram, Eurico Gaspar Dutra e Juscelino Kubitschek, tiveram os mandatos ameaçados desde o dia em que foram conquistados eleitoralmente (AVRITZER, 2018).

Comenta Sallum Jr. (2003) que se acompanhou, desde as últimas duas décadas do século XX, as mudanças políticas mais importantes ocorridas no âmbito do Estado brasileiro, qual sejam: a democratização política e a liberalização econômica. Essa transição, para o autor, tem início entre 1983 e 1984, quando se acentua a crise de Estado sob regime militar, e termina com o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1994), quando o Estado adquire estabilidade “[...] segundo um novo padrão hegemônico de dominação, moderadamente liberal em assuntos econômicos e completamente identificado com a democracia representativa.” (SALLUM JR., 2003, p. 35, 36).

Em termos estruturais, a crise que atingiu o Estado de forma aguda na década de 80 tem duas fontes básicas já atuantes desde os anos 70 [...]. O impulso mais importante decorreu das pressões que o sistema capitalista internacional, de várias formas, desencadeou na economia nacional. A outra fonte de crise foi a complexidade cada vez maior da sociedade que restringiu a capacidade do Estado controlá-la. (SALLUM JR., 1994, p. 153).

De fato, conforme assinala Sallum Jr. (1994), a partir de 1983, instaura-se no Brasil aquilo que Gramsci denominava de crise de hegemonia, em que o núcleo governamental não consegue mais dirigir a aliança desenvolvimentista e a sociedade como um todo. Para o autor, os representantes dissociam-se dos representados, que se fracionam e polarizam-se em torno de ideias e interesses distintos.

Mesmo com todo o movimento pela democratização ocorrido no país, lembra Avritzer (2018) que a transição no Brasil para um regime democrático teve importantes elementos não eleitorais, que ocorreram dentro de um processo lento:

Stricto sensu, a transição brasileira começou com o famoso discurso de Geisel em 1974, passou pela restauração de princípios como o *habeas corpus* ainda no governo Geisel, depois pela restauração das eleições para governadores em 1982, terminando com a eleição indireta de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral em janeiro de 1985. Assim, a continuidade política no Brasil ocorreu com partidos forjados pelas elites autoritárias, no caso o PMDB, e sem o restabelecimento imediato do princípio da eleição direta. (AVRITZER, 2018, p. 284).

Aplicando um outro olhar sobre o processo de ampliação das liberdades políticas, explica Mascaro (2013, p. 13) que economias coloniais, dependentes ou exploradas externamente (caso brasileiro) tiveram grande

dificuldade “[...] em assentar bases de liberdade política aos seus próprios grupos e classes explorados internamente”. Acrescenta o autor que “[...] a variada consolidação histórica dessas posições em cada Estado deu também diversos arcabouços culturais de democracia e participação política.” (MASCARO, 2013, p. 13).

Para confirmar essa hipótese de diversidade de arcabouços culturais de democracia e participação, anota-se a afirmação de Avritzer (2003) ao comentar que a democratização brasileira envolveu tanto momentos de continuidade política, como momentos de inovação democrática, este último verificado nas propostas trazidas pelos movimentos populares para o interior da Assembleia Nacional Constituinte, com propostas apresentadas (as chamadas iniciativas populares) com o objetivo de fortalecer o poder de influência dos atores sociais. Observa-se, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o êxito nessa estratégia de atuação, pois diversos artigos trataram de garantir a participação desses atores sociais:

O artigo 14 da Constituição de 1988 garantiu a iniciativa popular como iniciadora de processos legislativos. O artigo 29 sobre a organização das cidades requereu a participação dos representantes de associações populares no processo de organização das cidades. Outros artigos requereram a participação das associações civis na implementação das políticas de saúde e assistência social. Sendo assim, a Constituição foi capaz de incorporar novos elementos culturais surgidos no âmbito da sociedade na institucionalidade emergente. (AVRITZER, 2003, p. 6, 7).

De fato, depois da promulgação da Constituição de 1988, que materializou o projeto político da Nova República, alicerçada na democratização política e no desenvolvimentismo democratizado, ela tornou-se alvo para os ataques da elite empresarial e de seus líderes políticos e intelectuais alinhados à retórica liberal econômica, e, inversamente, a CRFB/1988 “[...] converteu-se

em trincheira para as organizações de trabalhadores, servidores, funcionários das companhias estatais e da classe média assalariada ligada ao serviço público.” (SALLUM JR., 2003, p. 41).

O momento posterior à promulgação da CRFB/1988 vai ao encontro da crítica tecida por Mascaro (2013, p. 16, 17):

A partir das últimas décadas do século XX, o triunfo do neoliberalismo e a baixa das lutas sociais representaram o abandono da vasta gama de teorias políticas mais críticas, mergulhadas no todo das contradições sociais, em troca de explicações da política pela própria política. Em vez de se compreender a cidadania como meio da exploração capitalista, passou-se a louvar o padrão de garantia absoluta dos capitais somado à democracia eleitoral como panaceia política salvadora da dignidade humana de nossos tempos.

Conforme menciona Sallum Jr. (2003), com dificuldades de estabilizar essa nova forma de Estado, inaugurada com a CRFB/1988, cresceu no interior da elite brasileira a necessidade de um novo projeto político para o país.

Com efeito, na medida em que a elite econômica se tornava insegura e assustada com as iniciativas reformistas do governo da Nova República, sobretudo com as políticas heterodoxas de estabilização monetária, as idéias econômicas liberais passaram a se tornar relevantes para ela. Além de se mostrarem ineficientes para restringir a inflação e retomar o crescimento econômico de forma sustentada, as políticas heterodoxas foram interpretadas como ameaças à propriedade privada, pois restringiam a liberdade de mercado e ameaçavam os contratos. Daí em diante, a elite empresarial mobilizou-se para moldar as estruturas e controlar as ações do Estado orientando-se, pelo menos parcialmente, pelas concepções neoliberais que vinham sendo difundidas, desde os anos de 1970, pelas instituições econômicas multilaterais [...]. (SALLUM JR., 2003, p. 40).

É dessa nova disputa entre projetos políticos que o processo eleitoral no país, a partir de então, sofre uma alteração nas referências ideológicas que polarizavam o sistema partidário. Se antes caracterizava-se pelo confronto entre democracia e autoritarismo, as forças partidárias reorganizaram-se de acordo com novas polarizações e, nesse processo, sobretudo as relações Estado/mercado ganharam espaço (SALLUM JR., 2003).

A polarização entre neo/liberais e desenvolvimentistas/nacionalistas no país também exerceu influência entre dois tipos diferentes de ideais democráticos. Conforme salienta Sallum Jr. (2003), embora todos os partidos, de esquerda ou direita, fossem favoráveis à democracia, os partidos ligados à ideia de liberalização econômica sinalizavam a aceitação da democracia representativa, ainda que não faltasse questionamentos para com o modelo presidencialista. Já os partidos ligados à esquerda apontavam o caráter limitado da democracia representativa, que só abria espaço para atuação popular nos momentos eleitorais, sinalizando, então, para adoção de formas mais participativas de democracia.

É bem verdade que a Constituição Federal de 1988, refletindo a tendência incoercível da vida política contemporânea, declarou em seu artigo 14 que, ao lado do sufrágio eleitoral, são manifestações da soberania popular o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular. Mas o Congresso Nacional, mais do que depressa, decidiu que essas últimas formas de manifestação soberana do povo só poderiam ser exercidas com o consentimento dos eleitos pelo povo. Ou seja, o representado submete-se à vontade discricionária do representante. (COMPARATO, 2007, p. 17, 18).

De toda maneira, discorre Avritzer (2018, p. 275, 276) que a dinâmica democrática pós-1988 parecia ter mudado, pois ocorreram “[...] eleições sem contestação dos resultados em 1989, 1994, 1998, 2002, 2006 e 2010, perfazendo o ciclo mais longo da história do Brasil sem contestação de resultados eleitorais”.

Se tomarmos a perspectiva histórica como exemplo, temos a democracia mais forte hoje do que no período 1946-1964, já que desde 1985 não houve qualquer tentativa de intervenção militar na política, tal como ocorreu em 1954, 1956 e 1961. Ao mesmo tempo, se tomarmos como medida o número de transferências de poder com a posse recente da presidente Dilma Roussef para um segundo mandato houve mais transmissões democráticas do poder no período 1985-2015 do que qualquer outro. (AVRITZER, 2016, p. 7).

O fato é que, assim como um pêndulo, recentemente nos deparamos com uma situação classificada por Avritzer (2016, p. 9) como “impasses da democracia no Brasil”. Por impasse, o autor compreende uma crise de crescimento e de evolução da cultura democrática no país.

Esse impasse data do início de 2013, quando, para Boito Jr. (2016), ocorre uma ofensiva política contra o governo da presidenta Dilma, engendrada pelo capital internacional e por uma fração burguesa a ele integrada. Para o autor, trata-se de uma ofensiva restauradora, isso porque seu objetivo era restaurar a hegemonia do neoliberalismo puro e duro de governos passados.

Já Manuel Castells, no livro *Redes de indignação e esperança*, relaciona as manifestações ocorridas a partir de junho de 2013 à onda de movimentos de inconformidade com os modelos democráticos que surgiram nos últimos anos em diversos países como Tunísia, Islândia e Egito, passando pelos Indignados na Espanha e o *Occupy Wall Street*, nos Estados Unidos da América (CASTELLS, 2013).

Comenta Avritzer (2016) que as manifestações ocorridas em junho de 2013 podem ser estudadas sob diversos ângulos, mas, para o autor, no caso brasileiro o ponto de partida foi a ruptura do campo político da participação social no Brasil, ocorrida entre 2011 e 2013.

Essa ruptura foi paulatina e se deu à medida que se acumularam conflitos de movimentos sociais, tais como o

ambientalista e o indígena, com o governo federal. A motivação seguinte foi a provação da legislação para a Copa do Mundo, que gerou muitas críticas e a mobilização de organizações que lutam pela reforma urbana, que tem vínculos históricos com o Partido dos Trabalhadores e o governo. Por fim, há o conflito entre o Movimento Passe Livre (MPL) e os governos locais. (AVRITZER, 2016, p. 66).

Distanciando-se das bandeiras iniciais levantadas, progressivamente os espaços de manifestação que tomaram as ruas em junho de 2013 passaram a ser ocupados por movimentos conservadores, que visavam desestabilizar a hegemonia do Partido dos Trabalhadores (PT), que governava o país desde 2003 (AVRITZER, 2016).

As razões para a tentativa de desestabilização do governo petista são de origens variadas. Para Miguel (2016), um dos componentes centrais foram as políticas redistributivas implementadas no governo Lula e mantidas no governo da ex-presidenta Dilma Roussef, que representaram uma ameaça para hierarquia das classes que sempre dominaram o país.

Os anos petistas foram acompanhados por uma sensação de que hierarquias seculares estavam sob ameaça. As mulheres, as lésbicas, os *gays* e as travestis, as populações negras, as periferias: grupos em posição subalterna passaram a reivindicar cada vez mais o direito de falar com sua própria voz, a questionar sua exclusão de muitos espaços, a reagir à violência estrutural que os atinge. Políticas de governo apoiaram tais movimentos, desde as cotas nas universidades até o financiamento para a produção audiovisual periférica. Os privilegiados perderam a sensação de que sua superioridade social era natural, logo incontestável, e perderam também a exclusividade na ocupação de posições de prestígio. (MIGUEL, 2016, p. 34).

Com a extensão das manifestações iniciadas em 2013, além do foco em encerrar a hegemonia petista, os movimentos conservadores iniciaram

uma campanha contra o próprio sistema político do país. A partir daí, segundo Avritzer (2016), ocorre um divisor de águas na política brasileira, que cria um novo momento na democratização. Esse novo momento é representado pelo rompimento com a interdição das manifestações de fundo conservador, que não “compareciam” às ruas desde 1964; pela ofensiva em relação ao governo da presidenta Dilma, que não foi encerrada mesmo com a reeleição, em outubro de 2014, mas reforçada a partir de março de 2015; e, por fim, pela agenda despolitizada dos movimentos conservadores, que negava a relação entre corrupção e organização do sistema político e a atribuiu ao governo petista.

A ilusão de que a reeleição da presidenta Dilma resolveria o conflito político estabelecido, por meio do presidencialismo de coalização com os acordos e alianças entre os partidos políticos e forças políticas, não perdurou por muito tempo.

As eleições de 2014 foram marcadas por uma forte polarização entre projetos políticos. O país se dividiu durante o processo eleitoral e a parte derrotada (tanto eleitores, quanto o partido derrotado) não se conformou plenamente com o resultado das urnas. Por parte dos eleitores, manifestações contra Dilma Roussef, reeleita pelo PT, se multiplicaram pelo país. Ao mesmo tempo, Aécio Neves, candidato derrotado do PSDB, entrou com pedido no TSE para anular a diplomação da presidenta, o que foi rejeitado em um primeiro momento, mas depois o tribunal optou pela abertura de um inquérito que se estendeu por alguns anos e, por fim, gerou um resultado extremamente polêmico já no governo Temer (AVRITZER, 2018; AVRITZER, 2016).

Em meio às ações acima citadas, a partir do final de junho de 2015, diversos atores do campo da oposição passaram a mencionar abertamente a possibilidade do *impeachment* da presidenta Dilma. Em setembro de 2015, foi formalmente entregue ao presidente da Câmara dos Deputados o pedido de impedimento, sendo o processo aberto em dezembro de 2015 (AVRITZER, 2016).

No dia 17 de abril de 2016, o plenário da Câmara aprovou o relatório favorável ao impedimento da presidenta numa sessão em que parlamentares,

até mesmo os indiciados por corrupção e réus em processos diversos, dedicaram seu voto a Deus, à família e até a torturadores, numa espetacularização execrável da política. Já em 12 de maio do mesmo ano, o Senado Federal também aprovou a abertura do processo, culminando no afastamento da presidenta (JINKINGS, 2016). Em 31 de agosto de 2016, o golpe¹⁰ se consumou, condenando Dilma Rousseff à perda de seu cargo.

De forma breve, visualiza-se que os acontecimentos que ocorrem desde 2013 têm revelado os impasses para ampliação da experiência democrática no país. Para Avritzer (2016, p. 9), esses impasses estão centrados em cinco elementos (alguns já tratados neste tópico), conforme destacam-se:

[...] os limites do presidencialismo de coalização, isto é, a deslegitimação da forma de fazer alianças, característica da democracia brasileira desde 1994; os limites da participação popular na política, que tem crescido desde 1990 e é bem-vista pela população, mas não logra modificar sua relação com a representação; os paradoxos do combate a corrupção, que avança e revela elementos dramáticos da privatização do setor público no país, os quais terminam por deslegitimar ainda mais o sistema político; as consequências da perda de *status* das camadas médias que passaram a estar mais próximas das camadas populares a partir do reordenamento social provocado pela queda da desigualdade; por fim, o novo papel do Poder Judiciário na política. (AVIRTZER, 2016, p. 9).

De fato, como afirma Avritzer (2016, p. 9), é preciso “[...] considerar que a estabilização e o aprofundamento da democracia brasileira exigem que se lide rapidamente com essas questões”. As razões para tratar esse tema com urgência são diversas:

10 Assiste razão Michael Löwy (2016, p. 64) ao afirmar que precisamos “dar nome aos bois”, pois “[...] o que aconteceu no Brasil, com a destituição da presidente eleita Dilma Rousseff, foi um golpe de Estado. Golpe de Estado pseudolegal, ‘constitucional’, ‘institucional’, parlamentar ou o que se preferir, mas golpe de Estado”.

Primeiramente, se nos anos 1980 acompanhou-se a construção de uma sociedade civil altamente politizada e comprometida com um país democrático, recentemente observa-se que o processo de despolitização da sociedade civil chegou ao ponto de uma quase “criminalização” dos partidos políticos e do movimento sindical, fundamentais (mas não únicos) para uma radicalização democrática (BURGOS, 2015).

Em segundo, desde a chegada de Temer à presidência, se analisarmos “[...] a Medida Provisória n. 726, de 12 de maio de 2016, percebemos a presença do mesmo questionamento por parte das elites às políticas públicas se manifestando mais uma vez no pós-*impeachment*”. Conforme assinala Avritzer (2018, p. 282), a Medida Provisória “[...] extinguiu todas as secretarias e ministérios ligados à ampliação de direitos ou a políticas distributivas, tais como o Ministério dos Direitos Humanos, das Mulheres, da Igualdade Racial e do Desenvolvimento Agrário”.

Era o estamento dominante demonstrando que sua face é o projeto que romperia com o processo de reconhecimento direitos para grupos historicamente excluídos do acesso às políticas públicas, em especial as de caráter social.

Além disso, com relação às ameaças às políticas sociais, tem-se a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016. Essa emenda, gestada durante o governo Temer, implantou um novo regime fiscal com um limite para os gastos do Governo Federal que vigora por 20 anos a partir de sua aprovação (ou seja, até 2036). Essas novas regras representam uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, indo na contramão do projeto constituinte de 1988, que exigiu a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas (MARIANO, 2017).

Em terceiro, o processo eleitoral de 2018 escancarou o nível de intolerância velada que reside em determinadas classes do país: “[...] artistas e políticos sendo agredidos verbalmente nas ruas e nas redes sociais; discursos de tolerância e diversidade sendo revertidos por propostas de legislação sobre a família ou pela defesa, por setores da mídia, de uma agenda antidireitos e anti-igualdade de gênero.” (AVRITZER, 2018, p. 275).

[...] a quebra de direitos passou a se expressar em intolância até mesmo em relação às obras de arte, na violação aberta do direito de livre manifestação, na intervenção em relação à liberdade acadêmica e na defesa aberta por membros do Poder Judiciário de limitações nos direitos de defesa e nas garantias individuais. (AVRITZER, 2018, p. 277).

Em quarto, e não menos importante, é urgente tratar do papel do Judiciário. Para Avritzer (2018, p. 282), duas características estão no centro desse problema: a primeira é a democratização insuficiente no âmbito do Poder Judiciário, que se organiza à margem da soberania democrática; a segunda é a “[...] presença de elementos como a impermeabilidade às formas democráticas de entrada e a rejeição absoluta ao controle externo pelas outras duas instituições democráticas, a saber, o Poder Executivo e o Poder Legislativo”. Ambas as características, para o cientista político citado, fazem do Judiciário um poder oligárquico, e não democrático, e é a partir delas que se pode entender a sua atuação nesses últimos períodos.

Partindo do momento de impasse, conforme comentado neste tópico, que percorre a democracia brasileira, observamos que os momentos de acentuação de conflitos entre diferentes projetos políticos para o país geralmente resultam em uma ruptura com o aprofundamento democrático.

Afirma Miguel (2014) que um dos aspectos mais marcantes da teoria política das últimas décadas foi a decadência do conflito. Para o autor, acompanha-se, desde 1980, a proeminência das percepções da política e da democracia que enfatizam o valor, a necessidade e a possibilidade do consenso.

Dessa forma, partindo da mesma indagação feita por Mouffe (2003, p. 11), questiona-se: o que seria uma sociedade democrática? Seria uma “[...] sociedade pacificada e harmoniosa”, onde as diferenças foram superadas, estabelecendo assim o consenso? Ou, pelo contrário, seria uma “[...] sociedade com visões conflitantes e com uma esfera pública vibrante”, onde as pessoas podem se expressar e optar entre projetos alternativos legítimos?

Para Mouffe (2003, p. 11), uma sociedade com visões conflitantes e com uma esfera pública vibrante aproxima-se mais do significado democrático, pois considera “[...] um equívoco acreditar que uma ‘boa sociedade’ é aquela na qual os antagonismos foram erradicados e onde o modelo adversarial de política se tornou obsoleto”.

Dessa forma, para este estudo, debruçar-se sobre os fundamentos que levam a autora a adotar essa concepção em torno da questão democrática revela-se importante, pois a originalidade no tratamento do tema serve de fundamento para realizar uma leitura da participação social no âmbito do SUS de Criciúma.

O MODELO DE DEMOCRACIA RADICAL PARA CHANTAL MOUFFE¹¹

As bases teóricas para a formulação da teoria da Democracia Radical e Plural foram lançadas com a publicação do livro *Hegemony and Socialist Strategy*, em 1985, por Chantal Mouffe e Ernesto Laclau. Comenta Mouffe (2014) que, quando o livro foi escrito, tinha-se dois objetivos centrais: um político e outro teórico.

O objetivo político consistia em reformular o projeto socialista com a finalidade de oferecer uma resposta à crise do pensamento de esquerda, porque, tanto por parte da esquerda social-democrata como pela corrente marxista tradicional, havia uma incapacidade de compreender a especificidade dos novos movimentos sociais (o movimento feminista, o ecologista, as lutas antirracistas e contra a discriminação dos homossexuais) que haviam se desenvolvido depois de 1968 (MOUFFE, 2014; MOUFFE; ERREJÓN, 2016).

Quanto ao objetivo teórico, ele surgiu dos questionamentos feitos por Mouffe e Laclau: por que havia uma desconexão entre todos esses novos movimentos e a esquerda tradicional? A partir de então, ambos buscaram desenvolver um enfoque que revelasse a especificidade desses novos movimentos

que não estavam baseados em classe e, logo, não poderiam ser compreendidos apenas em termos de exploração econômica (MOUFFE, 2014).

Se os teóricos da social-democracia pouco buscavam elaborar uma compreensão dessas novas lutas, no caso dos teóricos marxistas a razão em não tratar delas decorria de uma concepção essencialista das identidades políticas. Segundo eles, estas dependiam da posição do agente social nas relações de produção (MOUFFE; ERREJÓN, 2016).

Com a finalidade de contribuir com a compreensão das novas identidades políticas, Laclau e Mouffe, unindo dois enfoques teóricos diferentes – a saber, a crítica ao essencialismo encontrada no pós-estruturalismo (representada por Derrida, Lacan e Foucault, mas também encontrada no pragmatismo estadunidense e por Wittgenstein), e as diversas ideias importantes extraídas da concepção gramsciana de hegemonia –, inauguram um enfoque teórico que ficou conhecido como “teoria do discurso” (ou, ainda, conhecida algumas vezes por pós-marxista) (MOUFFE, 2014).

A especificidade teórica do livro *Hegemonia e Estratégia Socialista* foi colocar junto às críticas feitas pelo pós-estruturalismo as contribuições de Gramsci, assim, essa articulação permitiu esclarecer que não era suficiente limitar-se a reconhecer a existência de uma diversidade de lutas sem antes tratar de estabelecer uma forma de articulação entre todas elas. Assim, afirmam Mouffe e Laclau que para se atuar politicamente havia que se articular essas diversas lutas com a da classe trabalhadora, para criar vontades coletivas (MOUFFE; ERREJÓN, 2016).

Salienta Mouffe (2014) que as principais categorias existentes na teoria do político elaborada por ela e Laclau são as concepções de antagonismo e hegemonia. A concepção de antagonismo empregada pelos autores busca demonstrar que as relações políticas não se constroem a partir de lutas entre identidades prontas:

Mais especificamente: os autores entendem que não podemos considerar identidades políticas num sentido essencialista, ou seja, como constituídas antes da própria

relação antagonônica. O antagonismo, antes de ser uma relação entre objetividades já dadas, representa o próprio momento em que elas passam a ser constituídas. Assim, antagonismo é condição de possibilidade para a formação de identidades políticas [...] e não meramente um campo de batalha que se forma entre duas forças com existências prévias. (MOUFFE, 2014, p. 130).

Esclarece Mendonça (2012, p. 208) que, quando nos deparamos com uma lógica antagonônica, “[...] não estamos diante de identidades pré-constituídas, mas daquelas que têm suas próprias constituições negadas, tendo em vista que a presença do outro é identificada como a condição da impossibilidade da plena constituição”. Ainda destaca o autor que o antagonismo é produzido por uma experiência de negatividade, “[...] uma relação que apresenta o limite da objetividade ou da constituição plena das identidades.”¹² (MENDONÇA, 2012, p. 208).

Se o antagonismo constitui-se como peça chave na teoria do político formulada por Mouffe e Laclau, não menos importante é o conceito de hegemonia elaborado por ambos.

Considerando-se que qualquer ordem política é a expressão de uma hegemonia, de um padrão específico de relações de poder, a prática política não pode ser entendida como simplesmente representando os interesses de identidades pré-constituídas, mas como constituindo essas próprias identidades em um terreno precário e sempre vulnerável. (MOUFFE, 2005, p. 19).

12 Para compreender essa lógica antagonônica, o exemplo elencado por Mendonça é esclarecedor: um proprietário que expulsa os camponeses da sua terra. Estabelece-se, aí, uma relação antagonônica na medida em que o proprietário, a partir da ação da expulsão, impede que o camponês seja plenamente camponês (ele passa a constituir-se num camponês sem-terra) (MENDONÇA, 2012).

Para Mouffe (2014), pensar o político e a possibilidade sempre presente do antagonismo requer admitir a falta de um fundamento final e reconhecer a dimensão de indecibilidade e contingência que impregna toda ordem.

Falar de hegemonia significa que toda ordem social é uma articulação contingente de relações de poder que carece de um fundamento racional último. A sociedade sempre é o produto de uma série de práticas que tentam criar uma determinada ordem em um contexto contingente. Estas são as práticas que denominamos “práticas hegemônicas”. As coisas sempre poderão ser diferentes. Toda ordem implica a exclusão de outras possibilidades. Uma ordem determinada é sempre a expressão de uma configuração particular de relações de poder. E é nesse sentido que toda ordem é político. (MOUFFE, 2014, p. 131).

Segundo Mouffe (2005), se aceitarmos que as relações de poder são constitutivas do social, a questão principal para a política democrática será de como constituir formas de poder mais compatíveis com valores democráticos.

É importante ressaltar que, quando escreveram *Hegemonia e Estratégia Socialista*, Mouffe e Laclau realizaram uma reflexão teórica e política que tinha como contexto a Europa Ocidental e a União Soviética. Porém, tal fato não invalida a utilização da teoria do político elaborada por ambos para realizar uma leitura a partir de outros contextos sociais e geográficos.

Pensamos, por el contrario, que la experiencia del “desarrollo desigual y combinado”, de la dislocación que es su resultante y de las consiguientes recomposiciones hegemónicas — heterodoxas respecto a las categorías clasistas del marxismo — es más evidente todavía en los países de la periferia capitalista. En ellos asistimos constantemente a la redefinición de las fronteras de lo político, y a la emergencia de identidades populares y colectivas que no se recortan en términos de la divisoria de clases. Y también — ni qué decirlo — el conjunto de problemas vincu-

lados a la experiencia de la democracia y a las posibilidades de su radicalización, es aún mucho más apremiante que en as sociedades industriales avanzadas. (LACLAU; MOUFFE, 1987, p. 6-7).¹³

Depois da publicação de *Hegemonia e Estratégia Socialista*, Chantal Mouffe desenvolveu seu trabalho no sentido de aprofundar, sob influência das formulações propostas pela teoria do discurso, a análise das democracias contemporâneas, especialmente para compreender as relações entre democracia e pluralismo (MOUFFE *et al.*, 2014).

Cumprir mencionar que o trabalho teórico de Chantal Mouffe vai se desenvolver em uma realidade distinta daquela em que foi lançada a obra mencionada anteriormente, visto que o livro foi escrito em um contexto de hegemonia social-democrata, com a finalidade de chamar atenção para a necessidade de aprofundar e radicalizar os avanços conquistados sob o Estado de bem-estar, estendendo as conquistas a um número maior de relações sociais (MOUFFE, 2015).

Com as mudanças ocorridas nas últimas décadas do século XX (a queda do muro de Berlim, a dissolução da União Soviética e o neoliberalismo como hegemonia), Chantal Mouffe passou a elaborar uma teoria do político que fosse capaz de fornecer elementos teóricos para o aprofundamento da revolução democrática¹⁴, visto que não se encontraria uma solução para esse campo nos teóricos liberais, uma vez que estes sequer possuíam uma teoria do político (MOUFFE, 2014).

13 “Pensamos, ao contrário, que a experiência do ‘desenvolvimento desigual e combinado’, do deslocamento que é seu resultante e das consequentes recomposições hegemônicas – heterodoxas com respeito às categorias classistas do marxismo – é ainda mais evidente nos países da periferia capitalista. Neles, assistimos constantemente à redefinição das fronteiras do político e à emergência de identidades populares e coletivas que não são cortadas em termos de divisão de classes. E também – é desnecessário dizer – o conjunto de problemas ligados à experiência da democracia e às possibilidades de sua radicalização ainda é muito mais premente do que nas sociedades industriais avançadas.” (LACLAU; MOUFFE, 1987, p. 6, 7, tradução nossa).

14 Para Mouffe (1996), a característica fundamental da modernidade é, indubitavelmente, o advento da revolução democrática, que originou a criação do Estado, onde o poder se transforma em um “lugar vazio”, como afirmou Claude Lefort.

É importante esclarecer que a pretensão nas formulações de Mouffe não residia em descartar a tradição liberal, mas sim determinar a sua contribuição para o surgimento da democracia moderna como um novo regime. Destarte, isso requer reconhecer que o regime democrático liberal não se esgota em seu componente liberal, uma vez que consiste na articulação de duas tradições diferentes: por um lado, do liberalismo político, o Estado de Direito, a separação dos poderes e a defesa das liberdades individuais; e, por outro, a democracia, cujas ideias centrais são a igualdade e a soberania popular (MOUFFE, 1999; MOUFFE, 2018).

Assinala Mouffe (1999) que a especificidade da democracia moderna como uma nova forma de sociedade, como um novo regime, reside precisamente da tensão entre a lógica democrática da igualdade e a lógica liberal da liberdade. Tal tensão é constitutiva de uma democracia pluralista.

Assim, para Chantal Mouffe (1999), conceber a política como um processo racional de negociação entre os indivíduos é destruir toda a dimensão de poder e antagonismo (o político) e, além disso, é confundir completamente sua natureza. Também é negar o papel que as paixões¹⁵ exercem como forças que movem o comportamento humano.

Na perspectiva de Mouffe (2014), havia duas razões que fundamentavam a ideia de que a teoria liberal não poderia compreender a natureza do político: a primeira devido ao racionalismo, e a segunda, pelo individualismo. Por um lado, o racionalismo, fundamentado na crença da possibilidade de uma reconciliação final por meio da razão, impede de reconhecer a possibilidade sempre presente do antagonismo. E, por outro lado, o individualismo não nos permite compreender o modo de criação das identidades políticas, que são sempre coletivas, construídas na forma de uma relação sobre nós/eles.

15 Segundo Kozicki, “[...] as paixões constituem uma mola extremamente importante na análise dos motivos que levam os indivíduos a atuar”. Para ela, essas paixões, são inerradicáveis, “[...] tanto no processo de construção da identidade de cada um dos atores sociais”, bem como na “[...] convivência em sociedade”, o que implica “[...] sempre na ocorrência de conflitos, antagonismos.” (KOZICKI, 2000, p. 138).

Esse tipo de liberalismo é incapaz de compreender de maneira adequada a natureza pluralista do mundo social, com os conflitos que o pluralismo acarreta; conflitos para os quais jamais poderá existir qualquer solução racional. A típica interpretação liberal de pluralismo é que vivemos num mundo em que existe, de fato, um grande número de pontos de vista e de valores, e que, devido às limitações empíricas, eles nunca poderão ser adotados em conjunto, mas que, ao serem reunidos, constituem um conjunto harmonioso e não conflitante. É por essa razão que esse tipo de liberalismo precisa negar o político em sua dimensão antagonista. (MOUFFE, 2015, p. 9).

Entendendo de forma diversa, esclarece Mouffe (2015) que somente reconhecendo a dimensão antagonística do “político” é que podemos avançar a questão fundamental da democracia política. Assim, não se busca contribuir com a ideia da superação da oposição nós/eles, pois, ao contrário, a democracia exige que se formule uma distinção nós/eles de um modo que seja compatível com a aceitação do pluralismo, que é constitutivo da democracia moderna.

A par desse desafio, numa tentativa de efetuar uma necessária correção da visão liberal, Mouffe aproxima-se da obra de Carl Schmitt. Chamando a atenção para o papel central entre a relação de amigo/inimigo em política, “[...] Schmitt leva-nos a tomar consciência da dimensão do político que está ligada a existência de um elemento de hostilidade entre os seres humanos.” (MOUFFE, 1996, p. 13).

Conforme Ames (2012, p. 223), “[...] a percepção da dimensão de ‘o político’ leva a admitir que as questões políticas sempre implicam em decisões que requerem uma opção entre alternativas antagônicas”.

Uma das idéias centrais de Schmitt é sua tese segundo a qual as identidades políticas consistem num certo tipo de relação nós/eles, a relação amigo/inimigo. No campo das identidades coletivas, trata-se sempre da criação de um “nós” que somente existe em oposição a um “eles”.

Ainda que nem toda relação nós/eles se converta numa relação amigo/inimigo (ou seja, numa relação “política”), se torna tal quando o “eles” é percebido como negando a identidade do “nós”. (AMES, 2012, p. 223, 224).

Dessa forma, o político não pode ser limitado a um determinado tipo de instituição ou “[...] constituindo uma esfera ou nível específico de sociedade”; pelo contrário, ele “[...] tem de ser concebido como uma dimensão inerente a todas as sociedades humanas e que determina a nossa própria condição ontológica.” (MOUFFE, 1996, p. 13).

Ao delimitar o terreno teórico, Mouffe prossegue com a formulação de uma alternativa que ela denomina de “pluralismo agonístico”. Desde já, para entender as bases deste modelo, é necessário esclarecer a distinção feita pela autora quanto aos termos “política” e “político”.

Por “político” refiro-me à dimensão do antagonismo que é inerente a todas as sociedades humanas, antagonismo que pode assumir formas muito diferentes e emergir em relações sociais diversas. “Política”, por outro lado, refere-se ao conjunto de práticas, discursos e instituições que procuram estabelecer uma certa ordem e organizar a coexistência humana em condições que são sempre potencialmente conflituosas, porque afetadas pela dimensão do “político”. (MOUFFE, 2003, p. 15).

Mouffe (2005, p. 20) pressupõe que, para formular o que ela considera ser a questão-chave para a política democrática contemporânea, é necessário que reconheçamos “[...] a dimensão do ‘político’ e ao mesmo tempo entender que a ‘política’ consiste em domesticar a hostilidade e em tentar conter o potencial antagonismo que existe nas relações humanas”.

Salienta Mouffe (1996, p. 15) que, ao “[...] aceitarmos a necessidade do político e a impossibilidade de um mundo sem antagonismos”, é necessário estabelecer uma forma de criar ou manter uma ordem democrática pluralista.

La cuestión crucial para La política democrática es, entonces, cómo establecer esta distinción nosotros/ellos [...] de un modo tal que sea compatible con el reconocimiento del pluralismo. El conflicto em las sociedades democráticas no puede y no debería ser erradicado, puesto que la especificidad de la democracia moderna reside, precisamente, en el reconocimiento y la legitimación del conflicto. (MOUFFE, 2006, p. 21).¹⁶

Dessa forma, Chantal Mouffe (2006) afirma que o objetivo da política democrática consiste em transformar o antagonismo em agonismo, ou seja, o que importa é que o conflito não se torne um enfrentamento entre inimigos (antagonismo), mas tome a forma de um enfrentamento entre adversários (agonismo).

A teórica sustenta que a categoria central da política democrática é a do adversário, esse com quem devemos partilhar de uma lealdade comum aos princípios democráticos da liberdade e igualdade (MOUFFE, 2006).

Outro aspecto importante que deve ser observado na categoria de “adversário” é que, no discurso liberal, adversário é simplesmente o competidor. Eles entendem que o campo da política é um terreno neutro, onde diferentes grupos competem para ocupar as posições de poder objetivando apenas tomar o lugar do outro. Na concepção liberal, não se coloca em questão a hegemonia dominante ou tem-se preocupação em transformar as relações de poder, pois o que ocorre é uma competição de elites (MOUFFE, 2006).

Na teoria radical e plural, a dimensão antagônica está sempre presente, pois o que está em jogo é a luta entre projetos hegemônicos opostos que nunca se reconciliarão racionalmente, pois se trata de uma confrontação real, um confronto que se desenvolve em condições reguladas por um conjunto de procedimentos democráticos aceito pelos adversários (MOUFFE, 2006).

16 “A questão crucial para a política democrática é, então, como estabelecer esta distinção nós/eles [...] de uma forma que seja compatível com o reconhecimento do pluralismo. O conflito nas sociedades democráticas não pode e não deveria ser erradicado, uma vez que a especificidade da democracia moderna reside, precisamente, no reconhecimento e na legitimização do conflito.” (MOUFFE, 2006, p. 21, tradução nossa).

Continuando com o raciocínio, a filósofa estabelece que, para funcionar adequadamente, a democracia requer o confronto entre posições políticas democráticas, pois, caso não exista, há o perigo de que esse confronto seja substituído por valores morais não negociáveis ou formas de identificação essencialistas (MOUFFE, 2006).

Una democracia que funcione adecuadamente reclama la confrontación vital entre posiciones políticas democráticas. Los antagonismos pueden adoptar muchas formas y es ilusoria la creencia de que podrían ser erradicados. Para que sea posible transformarlos en relaciones agonísticas es necesario proporcionar una salida política para la expresión del conflicto en el marco de un sistema democrático pluralista que ofrezca posibilidades de identificación en torno a alternativas políticas democráticas. (MOUFFE, 2006, p. 23).¹⁷

Mouffe esclarece que, enquanto houver obstáculos para essa identificação política, haverá terreno para emergir variadas formas de políticas articuladas em torno de identidades essencialistas do tipo nacionalistas, religiosas e étnicas, além da multiplicação de confrontos em torno de valores morais inegociáveis (MOUFFE, 2006).

Muita ênfase no consenso e a recusa de confrontação levam à apatia e ao despreço pela participação política. Ainda pior, o resultado pode ser a cristalização de paixões coletivas em torno de questões que não podem ser manejadas [...] pelo processo democrático e uma explosão de antagonismo que pode desfiar os próprios fundamentos da civilidade. (MOUFFE, 2005, p. 21).

17 “Uma democracia que funcione adequadamente exige o confronto vital entre as posições políticas democráticas. Os antagonismos podem assumir muitas formas, e é ilusória a crença de que poderiam ser erradicados. Para que seja possível transformá-los em relações agonísticas é necessário proporcionar uma saída política para a expressão do conflito no âmbito de um sistema democrático pluralista que ofereça possibilidades de identificação em torno de alternativas políticas democráticas.” (MOUFFE, 2006, p. 23, tradução nossa).

Quando faltam lutas políticas democráticas com as quais se identificar, o resultado é que “[...] o opositor não pode ser concebido como um adversário com o qual se pode lutar, mas apenas como um inimigo que é necessário destruir.” (MOUFFE, 1996, p. 17).

O ideal de uma democracia pluralista não pode ser alcançar um consenso racional na esfera pública. “Devemos aceitar que cada consenso existe como resultado temporário de uma hegemonia provisória, como estabilização do poder e que ele sempre acarreta alguma forma de exclusão.” (MOUFFE, 2005, p. 21).

Ao invés de disfarçar essas exclusões, ao se adotar a perspectiva agonística busca-se “[...] abrir caminho para o dissenso” e, segundo Mouffe (2005, p. 22), “[...] promover as instituições em que este possa ser manifestado”.

Longe de ser o resultado necessário de uma evolução moral da humanidade, a democracia é algo de incerto e improvável e nunca deve ser tida como garantida. É sempre uma conquista frágil, que precisa de ser defendida e aprofundada. (MOUFFE, 1996, p. 17).

A perspectiva agonista aceita que toda ordem social é instituída politicamente, que o terreno onde ocorrem as intervenções hegemônicas nunca é neutro, já que sempre é produto de práticas hegemônicas prévias e percebe, ainda, a esfera pública como campo de batalha onde os projetos hegemônicos se enfrentam sem nenhuma possibilidade de reconciliação final. Dessa forma, somente a restauração do caráter agonista da democracia pode mobilizar os afetos e criar uma vontade coletiva orientada para o aprofundamento dos ideais democráticos (MOUFFE, 2018). Ademais, adotar uma noção de cidadania democrática radical revela-se fundamental “[...] porque é susceptível de facultar uma forma de identificação que permita o estabelecimento de uma identidade política comum entre várias lutas democráticas.” (MOUFFE, 1996, p. 18).

Sabendo que a o modelo democrático influencia diretamente no tipo de cidadania, faz-se necessário compreender a concepção democrática

radical de cidadania, elaborada por Chantal Mouffe, o que é verificado no próximo tópico.

UMA CONCEPÇÃO DEMOCRÁTICA RADICAL DE CIDADANIA

A concepção democrática radical de cidadania proposta por Chantal Mouffe está estritamente ligada às questões trazidas no primeiro tópico deste capítulo. Logo, como compreender o tema da cidadania desde as formulações apontadas anteriormente?

O tema da cidadania é um ponto-chave para a luta contra a hegemonia neoliberal. Dessa forma, as proposições de Mouffe consistem em ressignificar o “público” como âmbito em que os cidadãos possam ter voz e exercer seus direitos, deslocando-se da concepção individualista e hoje dominante do cidadão como consumidor, a qual constitui o eixo da visão pós-democrática¹⁸ (MOUFFE, 2018).

Chantal Mouffe (2012, p. 283) considera que, contemporaneamente, “[...] temas da ‘cidadania’ e da ‘comunidade’ vêm sendo discutidos em muitas áreas da esquerda”. Para ela, isso decorre da existência de uma crise da classe política e indica a consciência crescente da necessidade de uma nova forma de identificação, em torno da qual se organizam as forças que lutam por uma radicalização da democracia.

A questão da identidade política revela-se importante para construção de um modelo radical de cidadania, pois é fundamental que a política democrática tome por tarefa a tentativa de construir identidades cidadãs comuns de pessoas envolvidas em diferentes lutas democráticas.

18 Pós-democracia porque, durante os últimos anos, como consequência da hegemonia neoliberal, a tensão agonista entre os princípios liberais e os democráticos (constitutivos da democracia liberal) foi eliminada, assim, compreende Mouffe (2018) que, com a extinção dos valores democráticos de igualdade e soberania popular, desapareceram os espaços agonistas onde confrontavam-se os diferentes projetos de sociedade, sendo os cidadãos despojados da possibilidade de exercer seus direitos democráticos.

La identificación como ciudadanos cuyo objetivo político es la radicalización de la democracia uniría a los agentes sociales, quienes podrían estar involucrados en numerosos proyectos diferentes pero cuya “gramática de conducta”, al actuar en calidad de ciudadanos, estaría gobernada por la extensión de los principios ético-políticos de libertad e igualdad a una amplia gama de relaciones sociales.¹⁹ (MOUFFE, 2018, p. 91).

Conforme a autora, a forma como se define a cidadania está intimamente ligada ao tipo de sociedade e de comunidade política que se deseja (MOUFFE, 2012).

A concepção de cidadania que pretendo apresentar como a requerida por um projecto de democracia plural e radical é a de uma forma de identidade política que consiste numa identificação com os princípios políticos da democracia pluralista moderna, isto é, a afirmação da liberdade e da igualdade para todos. Seria a identidade política comum de pessoas que podem estar empenhadas em muitos empreendimentos diferentes e ter concepções divergentes de bem, mas que estão ligadas pela sua identificação comum com uma dada interpretação de um conjunto de valores ético-políticos. (MOUFFE, 1996, p. 113, 114).

A construção do conceito de cidadania radical feita por Chantal Mouffe reconhece que, embora existam problemas na concepção liberal de cidadania, também é consciente dos defeitos da solução apresentada pela noção comunitarista, que busca recuperar a concepção do republicanismo cívico. Portanto, a tarefa não é substituir uma tradição pela outra, mas sim

19 “A identificação como cidadãos cujo objetivo político é a radicalização da democracia uniria agentes sociais, que poderiam estar envolvidos em muitos projetos diferentes, mas cuja ‘gramática de conduta’, agindo como cidadãos, seria regida pela extensão dos princípios ético-políticos da liberdade e da igualdade a um vasto leque de relações sociais.” (MOUFFE, 2018, p. 91, tradução nossa).

“[...] retirar elementos de ambas, conjugando-as numa nova concepção de cidadania, adequada a um projeto de democracia radical e plural.” (MOUFFE, 2012, p. 285, 286).

A nossa escolha não é apenas entre um agregado de indivíduos sem um interesse público comum e uma comunidade pré-moderna organizada em torno de uma única idéia substantiva de bem comum. O desafio fundamental é imaginar a comunidade política democrática moderna fora dessa dicotomia. (MOUFFE, 1996, p. 90).

De fato, há que se reconhecer que alguns elementos que constituem a política democrática moderna, como a defesa do pluralismo, a ideia de liberdade individual, a separação entre a Igreja e o Estado e o desenvolvimento da sociedade civil, foram contribuições do liberalismo que moldou a democracia moderna (MOUFFE, 2012).

Por outro lado, ao mesmo tempo em que o liberalismo contribuiu para a formulação de uma “[...] cidadania universal baseada na afirmação de que todos os indivíduos nascem livres e iguais”, também reduziu a cidadania “[...] a um mero estatuto legal, estabelecendo os direitos de que o indivíduo é titular em face ao Estado.” (MOUFFE, 2012, p. 286).

O republicanismo cívico, pelo contrário, atribui a necessidade de reter a importância das noções de participação cívica e desenvolvimento comum de normas e valores, além de imprimir a noção de que a identidade do indivíduo se constitui a partir da inserção dele em uma determinada comunidade política. A questão a ser desenvolvida surge em como conceber uma comunidade política de uma maneira que seja compatível com a democracia moderna e o pluralismo liberal (KOZICKI, 2000; MOUFFE, 2012).

Chantal Mouffe (2012, p. 286) concorda com a tese dos liberais de que o conceito de cidadania, proposto pelo republicanismo cívico, pode levar-nos a um “[...] risco real de regressarmos a uma concepção pré-moderna da política”, isso por que, diferentemente “[...] do que propõem alguns comuni-

taristas, uma comunidade política democrática moderna não pode ser organizada em torno de uma única ideia substantiva de bem comum.” (MOUFFE, 2012, p. 286).

Os liberais sustentam que as ideias sobre o “bem comum” só podem ter implicações totalitárias, e por isso são incompatíveis com as instituições democráticas. “A participação política ativa, dizem, é incompatível com a ideia moderna de liberdade. A liberdade individual somente pode ser compreendida de uma maneira negativa, como ausência de coerção.” (MOUFFE, 2012, p. 286).

Para rebater as críticas dos liberais, Mouffe assinala as contribuições de Quentin Skinner, que mostram que não há qualquer incompatibilidade entre a concepção republicana clássica de cidadania e a democracia moderna.

Ele encontra em algumas formas de pensamento republicano, particularmente em Maquiavel, uma maneira de conceber a liberdade que, embora negativa – e portanto moderna –, inclui a participação política e a virtude cívica. É negativa porque a liberdade é concebida como a ausência de impedimentos à realização de nossas opções. Mas esta também assevera que é apenas como cidadãos de um “estado livre”, de uma comunidade cujos membros participam ativamente no governo, que tal liberdade individual pode ser garantida. Para assegurar nossa própria liberdade e evitar a servidão, que tornaria seu exercício impossível, devemos cultivar virtudes cívicas e nos dedicar ao bem comum. A ideia de um bem comum acima de nossos interesses privados é uma condição necessária para desfrutar da liberdade individual. (MOUFFE, 2012, p. 287).

Mouffe considera que o argumento apresentado por Quentin Skinner é crucial para um projeto democrático radical e, dessa forma, a questão a ser respondida concentra-se no tipo de comunidade política adequada que possibilite a articulação entre os direitos dos indivíduos e a participação política do cidadão (MOUFFE, 2012).

A autora procura identificar uma forma de associação política que acomode “[...] as distinções entre público e o privado, a moralidade e política” (estas, contribuições do liberalismo à democracia moderna) “[...] sem renunciar a natureza ética da associação política.” (MOUFFE, 1996, p. 90, 91).

O conceito de cidadania que Mouffe busca formular pode ser melhor compreendido a partir da diferenciação proposta por Michael Oakeshott (no livro *On Human Conduct*, de 1975) entre *societas* e *universitas*, para explicar em qual comunidade política pode-se pensar uma cidadania democrática radical (KOZICKI, 2004).

A *universitas*, da maneira como era concebida no final da Idade Média, significava o engajamento em um empenhamento comum, definido por uma comunhão de interesses e propósitos. Já *societas* significava um engajamento formal, não-substantivo, em termos de regras ético-políticas que deveriam ser observadas para a consecução de determinados objetivos. No primeiro caso, os indivíduos formariam um núcleo, ao redor de uma determinada noção substantiva de bem e ideias compartilhados. No segundo caso, a associação é formal, em termos de um acordo quanto a regras que devem ser observadas para o atingimento de determinados fins. (KOZICKI, 2004, p. 341).

Para Mouffe a ideia de associação civil como *societas* é a mais adequada para definir uma associação política nas condições democráticas modernas, pois compreende que:

[...] é uma forma de associação humana que reconhece o desaparecimento da ideia um único bem comum substantivo e deixa espaço para a liberdade individual. É uma forma de associação que pode ser constituída entre indivíduos relativamente estranhos, pertencentes a várias associações com objetivos específicos e cuja fidelidade a comunidades específicas não é considerada conflitante

com a sua qualidade de membros da associação civil.
(MOUFFE, 1996, p. 92).

A pertença à comunidade política implica a aceitação de uma forma, uma linguagem específica da relação civil, que é a *respublica*. O elo comum não é uma noção de bem comum substantivo, mas de interesse público, constituído a partir do inter-relacionamento ente os diversos atores sociais (KOZICKI, 2004).

Acrescenta Kozicki (2000, p. 124) que a cidadania jamais “[...] pode ser entendida fora da perspectiva de que as relações existentes dentro do espaço público, constituídas a partir de ações políticas, exercitam-se sempre dentro de uma dimensão de conflito e antagonismo”. Portanto, para utilizarmos a noção de *societas*, é necessário introduzir o conflito e o antagonismo nesse modelo proposto, reconhecendo que a *respublica* é produto de uma determinada hegemonia, a expressão de relações de poder, e que pode ser questionada (MOUFFE, 1996).

O fato de conceber a cidadania como uma “gramática de conduta” política indica que é possível ser parte de um povo identificado com um projeto democrático radical, e ao mesmo tempo estar inserido em uma pluralidade de outras relações sociais com suas subjetividades específicas. Atuar como cidadão a nível político para radicalizar a democracia não significa descartar outras formas de identificação, e é perfeitamente compatível com a participação em lutas democráticas de uma natureza mais específica. De fato, a cidadania democrática radical fomenta a pluralidade de tipos de participação, por esse motivo, fomenta intervenções tanto dentro das instituições representativas como em diversas associações e movimentos sociais. (MOUFFE, 2018, p. 92).

O significado de cidadania que Mouffe (1996, p. 90) propõe “[...] implica encarar a cidadania, não como um estatuto legal, mas como uma forma

de identificação, um tipo de identidade política: algo que deverá ser construído, e não empiricamente determinado”.

A concepção democrática radical de cidadania concebe o Estado como um cenário importante para a política democrática, já que ele é um espaço onde os cidadãos podem tomar decisões sobre a organização da comunidade política, ou, resumindo, onde de fato se pode exercer a soberania popular. Sem embargo, para isso se faz necessário que existam condições para uma confrontação agonista, portanto é indispensável romper com o consenso pós-político²⁰ neoliberal (MOUFFE, 2018).

Avançando na compreensão do modelo radical de cidadania, tal proposta pode contribuir para superar umas das principais dificuldades encontradas nas democracias pluralistas, ou seja, pode estabelecer uma forma de consenso que não elimine a existência do dissenso (MOUFFE, 1997).

Tal concepción permite el desarrollo de una figura fundamental em la democracia pluralista: el adversário. Em efecto, el orden democrático exige que el oponente ya no sea considerado como un enemigo a destruir, sino como un adversário. Luchamos contra sus ideas, pero le reconocemos el derecho de afirmalas y defenderlas. Es, precisamente, un combate entre adversários em que se da cuando los miembros de la comunidade política se enfrentan a partir de concepciones distintas de la cidadania. Comparten el reconocimiento de los valores democráticos fundamentales, pero luchan por imponer interpretaciones distintas.²¹ (MOUFFE, 1997, p. 50).

20 Ao afirmar que o modelo de política adversarial e a oposição entre esquerda/direita eram obsoletos, e ao celebrar o consenso ao centro entre a centro-direita e a centro-esquerda, a denominada centro-radical promoveu uma forma de política tecnocrática segundo a qual a política não constituía uma confrontação partidária, mas uma administração neutra dos assuntos públicos (MOUFFE, 2018).

21 “Tal conceito permite o desenvolvimento de uma figura-chave em uma democracia pluralista: o adversário. Com efeito, a ordem democrática requer que o oponente não seja visto como um inimigo para destruir, mas como um adversário. Lutamos contra as suas ideias, mas reconhecemos o direito de afirmá-las e defendê-las. É, precisamente, um combate entre adversários que ocorre quando os membros da comunidade política se enfrentam a partir de diferentes concepções de cidadania. Eles compartilham o reconhecimento dos valores democráticos fun-

Para Mouffé, se entendermos a cidadania como uma identidade política, criada por meio da identificação com a *respublica*, torna-se possível uma nova concepção de cidadão:

Primeiro, estamos agora lidando com um tipo de identidade política, uma forma de identificação, não mais simplesmente com um *status legal*. O cidadão não é, como no liberalismo, alguém que é o recipiente passivo de direitos específicos e que goza da proteção da lei. Não é que aqueles elementos tornem-se irrelevantes, mas a definição de cidadão muda, porque a ênfase é colocada na identificação com *respublica*. É uma identidade política comum de pessoas que poderiam estar engajadas em muitos e diferentes empreendimentos de fins e com diversas concepções do bem, mas que aceitam se submeter às regras prescritas pela *respublica*, na busca de suas satisfações e no desempenho de suas ações. (MOUFFE, 1997, p. 95).

Sob a perspectiva de Chantal Mouffé, a cidadania passa a ser vista como “[...] um princípio articulador, que afeta as diferentes posições de sujeito do agente social [...], ao mesmo tempo que permite uma pluralidade de compromissos e o respeito pela liberdade individual.” (MOUFFE, 1996, p. 96).

Ao reconhecer a política como espaço de conflito e antagonismo, isso significa que os princípios políticos constitutivos da sociedade – no caso, liberdade e igualdade – recebem diferentes interpretações (KOZICKI, 2000).

Estas diferentes interpretações vão gerar acordos quanto à maneira da condução da coisa pública, acordos que serão sempre parciais e provisórios, dada a impossibilidade de uma solução final e definitiva quanto ao significado destes princípios. A cidadania, na perspectiva da democracia radical, implica a identificação dos sujeitos com os princípios que são constitutivos desta matriz. Indo além

damentais, mas eles se esforçam para impor diferentes interpretações.” (MOUFFE, 1997, p. 50, tradução nossa).

da aceitação dos princípios da liberdade e igualdade, é necessário que o cidadão reconheça o valor e que haja uma identificação coletiva com diversos movimentos sociais, os quais pretendem aprofundar a realização daqueles princípios. (KOZIKI, 2000, p. 125).

Longe de constituir um perigo para a democracia, esse enfrentamento agonístico em torno das interpretações dos princípios constitutivos é condição para sua existência, pois, para Mouffe (1997), ainda que a democracia não possa sobreviver sem um certo nível de consenso relacionado com o respeito às regras democráticas do jogo e com a adesão a seus valores, também requer que se constituam identidades políticas sobre posições bem diferenciadas.

Para Chantal Mouffe, ao adotarmos uma interpretação democrática radical, pressupõe-se que os princípios da liberdade e igualdade “[...] sejam entendidos de maneira que leve em consideração as diferentes relações sociais e posições de sujeito nas quais elas são relevantes: gênero, classe, raça, etnicidade, orientação sexual, etc.” (MOUFFE, 2012, p. 298).

Em última análise, Chantal Mouffe rejeita a ideia de que o exercício da cidadania consiste na adoção de um ponto de vista universal, “[...] tornado equivalente à ‘razão’ e reservado aos homens”. A filósofa reconhece que pode haver tantas formas de cidadania quantas forem as interpretações dos princípios de liberdade e igualdade (MOUFFE, 1996, p. 98).

Ainda acrescenta Mouffe (1996) que, para adotar uma concepção radical democrática de cidadania, é necessário rejeitar a ideia de uma definição universalista abstrata do público oposto a um domínio do privado, este, entendido como reino da especialidade e da diferença.

Apresentando uma solução para essa questão, Mouffe (1996) afirma que, sob a ótica da democracia radical, a distinção entre o público e o privado não é abandonada, mas reformulada, e novamente buscando as contribuições de Oakeshott, Mouffe comenta que:

Segundo ele, a *societas* é uma condição civil em que todos os empreendimentos são privados, embora nunca isentos das condições públicas especificadas na *respublica*. Numa *societas*, todas as situações são um encontro entre o “privado” e o “público”, entre uma acção ou um discurso, para obter uma satisfação substantiva imaginada ou desejada e as condições de civilidade a subscrever na sua execução e nenhuma situação implica a exclusão de qualquer outra. (MOUFFE, 1996, p. 98).

Se os desejos, as escolhas e as decisões compõem o campo privado, porque são de responsabilidade de cada indivíduo, os desempenhos são públicos porque exige-se que estejam sujeitos a condições especificadas na *respublica*. Dessa forma, como não existem regras na *respublica* que impõem, proíbem ou garantam ações ou discursos substantivos, não dizendo aos agentes o que devem fazer, ela torna viável o modo de associação que respeita a liberdade individual (MOUFFE, 1996).

Mas a pertença do indivíduo à comunidade política e a sua identificação com os respectivos princípios ético-políticos manifestam-se pela sua aceitação do interesse comum expresso na *respublica*. Fornece a “gramática” da conduta do cidadão. No caso de um cidadão democrata radical, uma tal abordagem permite-nos visualizar a forma como uma preocupação de igualdade e liberdade deve informar as suas acções em todas as áreas da vida social; nenhuma esfera é imune a estas preocupações e as relações de domínio podem ser sempre questionadas. No entanto, não estamos a lidar com um tipo de comunidade com um objetivo específico que afirma um único objetivo para todos os seus membros e a liberdade do indivíduo é preservada. (MOUFFE, 1996, p. 98, 99).

Portanto, para Mouffe mantém-se a distinção entre o “privado” (liberdade individual) e o público (*respublica*), tal como a distinção entre

indivíduo e cidadão. Não se diz mais “[...] aqui terminam os meus deveres como cidadão e começa a minha liberdade como indivíduo”, as duas identidades convivem numa tensão permanente, que nunca poderá ser conciliada (MOUFFE, 2012, p. 300).

Por essa razão, o projeto de uma democracia plural e radical reconhece a impossibilidade de uma realização completa da democracia e da realização final da comunidade política (MOUFFE, 1996).

Apropriando-se novamente das palavras de Mouffe (1996), pode-se afirmar que seu objetivo é usar os recursos simbólicos da tradição democrática liberal para a luta e para aprofundamento da revolução democrática, sabendo ser esse um processo sem fim.

A partir de todo contributo teórico fornecido por Chantal Mouffe, e sabendo das especificidades presentes na realidade democrática brasileira, o próximo capítulo deste estudo pretende compreender a dinâmica existente nos espaços de participação social no âmbito do SUS, tendo por referência a atuação realizada no município de Criciúma, a partir da leitura da democracia radical.

CAPÍTULO 4

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS EM CRICIÚMA/SC: UMA LEITURA A PARTIR DA DEMOCRACIA RADICAL



[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)



Os três primeiros capítulos desta obra traçaram o caminho para a compreensão do objeto central da nossa investigação: a aplicação da teoria da Democracia Radical de Chantal Mouffe para analisar a atuação do âmbito local da participação social no setor da saúde (a democracia em saúde).

Nesse sentido, restou demonstrada a importância do SUS (SUS), como uma política pública de Estado fruto das lutas em favor da democracia e de uma Constituição inclusiva, democrática e que representasse o fim da marca autoritária da Ditadura Militar.

Graças a esse processo e à organização da sociedade cristalizada no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o direito à saúde foi reconhecido na CRFB/1988 e o SUS foi criado.

Portanto, o SUS não surgiu nos gabinetes, mas da participação social organizada, na esteira de uma democracia participativa que rompeu com o modelo do seguro social de caráter excludente.

Desse modo, entender essa participação social e a democracia em saúde é algo fundamental para o fortalecimento do SUS. Assim, romper com o paradigma representativo liberal e fazer o uso de um suporte teórico que ressalte a importância da democracia e da cidadania nas instâncias da democracia participativa é o desafio que enfrentamos nesta obra e o que será realizado neste último capítulo, tendo por referência a análise do Município de Criciúma/SC em sua política local e o funcionamento do SUS, da organização e funcionamento do Conselho Municipal (por meio de suas atas, no período de 2017-2019), da entrevista dos(as) conselheiros(as) municipais de saúde (instrumento de pesquisa devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Unesc, conforme parecer n. 3.034.027) e do relatório final da Conferência Municipal de Saúde realizada em 2015.

O CAMPO DE ANÁLISE: CRICIÚMA, ASPECTOS DA POLÍTICA LOCAL E DO SUS

O município de Criciúma localiza-se na região sul do Estado de Santa Catarina, mais precisamente a 191 km da capital, Florianópolis. A cidade é sede da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), que conta com 12 municípios associados²². A população é estimada em 213.023 habitantes (sendo que a região da AMREC possui cerca de 560.000 habitantes), figurando o município como o de maior população do Sul Catarinense e quinta maior do Estado de Santa Catarina, segundos os dados do IBGE de 2018²³.

A origem do nome da cidade deriva de uma gramínea brasileira (*Criciuma asymmetrica*), que se aparentava com um bambu e era bastante encontrada na região. A data de 6 de janeiro de 1880 é considerada como a fundação e início da colonização do município. A emancipação da cidade, ainda chamada “Cresciúma”, ocorreu em 1925, com o seu desmembramento da comarca de Araranguá, da qual é oriunda. A partir da Lei Estadual n. 247, de 30 de dezembro de 1948, o município passou a se chamar Criciúma (CRICIÚMA, 2015b).

A hegemonia das elites na política de Criciúma no século XX

Para compreender os aspectos presentes na história da política local de Criciúma, faz-se necessário ressaltar que o desenvolvimento do modelo econômico na cidade ao longo da história marcou diretamente a construção de uma identidade entre as elites locais que, organizadas institucionalmente (por meio de partidos políticos ou associações empresariais), ocuparam os espaços de poder, estabelecendo uma determinada hegemonia em grande parte da história política da cidade. Na tese de Teixeira (1995), ele identifica pelo

22 Fazem parte da AMREC os seguintes municípios: Criciúma (sede), Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Urussanga, Forquilha, Cocal do Sul, Treviso, Orleans e Balneário Rincão. Para saber mais, ver: Associação dos Municípios da Região Carbonífera (2018).

23 Para saber mais, ver: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

menos três formações de grupos de elites em Criciúma, resultante do regime produtivo na economia da cidade e região.

O primeiro grupo dominante corresponde ao período que data da colonização e da velha república, entre 1880 e 1930, quando se constituiu uma elite dos comerciantes locais, formada por algumas famílias de imigrantes italianos e alemães e seus descendentes que, cansados do controle do poder pelas elites luso-brasileiras que dominavam politicamente todo o Vale do Araranguá, articularam-se para tomar as rédeas do poder local. Tal fato resultou na emancipação política e administrativa da cidade, tendo sido esses comerciantes alçados ao comando da cidade nas três primeiras décadas do século XX (TRICHES; ZANELATTO, 2015; TEIXEIRA, 1995).

O segundo grupo dominante foi formado pelos grupos ligados diretamente à exploração do minério de carvão na região, que se constituiu como principal atividade produtiva da cidade, de 1930 ao apagar das luzes da década de 1970. Com o *boom* da mineração de carvão na década de 1940, o cenário da cidade começou a se transformar. Nesse período, a população do município dobrou de tamanho em decorrência da mineração, que atraía diversos trabalhadores da região e até de outros Estados, e ao mesmo tempo foi se constituindo uma elite de empresários vinculados à exploração do carvão, que participaram e influenciaram decisivamente as disputas pelo poder político local (TRICHES; ZANELATTO, 2015; TEIXEIRA, 1995).

O terceiro grupo formado pelas elites locais remonta ao declínio da mineração de carvão nos fins dos anos 1980, a partir da diversificação da economia local (que iniciou no final dos anos 1960 e por toda década de 1970), consolidando-se em 1980, quando passaram a disputar pela hegemonia do espaço local de poder (TEIXEIRA, 1995). Destaca-se que:

[...] esses setores do empresariado perceberam que havia por parte do setor carbonífero interesse explícito ou velado de emperrar esta diversificação. Afinal, estava em jogo a perda hegemonia e o domínio político e econômico de um setor que, por muitas décadas, mandava na cidade e na região. A diversificação não surgiu “naturalmente”, foi

resultado de uma luta por parte de outros setores do empresariado Criciumense. (TEIXEIRA, 1995, p. 47).

De toda forma, o que se acompanhou na política cricumense no decorrer do século XX é que ela foi marcada mais pela permanência do que por mudanças, isso porque a hegemonia local concentrou-se, ao longo do século, nas mãos de algumas famílias dos setores econômicos citados anteriormente, que foram se revezando no poder. Mesmo que tal período fosse marcado por momentos de regimes autoritários e democráticos, ainda assim essas elites locais se adequavam às realidades e se mantinham no poder (TRICHES; ZANELATTO, 2015).

Se a tônica das disputas políticas no século XX em Criciúma ocorreu entre as elites que se alternavam e monopolizavam o poder mantendo a hegemonia local por várias décadas, por outro lado, Criciúma também foi palco de mobilizações sociais, populares e sindicais que merecem destaque.

Esse outro lado da história deve-se, em grande parte, aos mineiros que se organizaram para lutar por melhores salários, condições de trabalho e moradia (TRICHES; ZANELATTO, 2015).

O símbolo de Criciúma é o mineiro, mais exatamente, “o homem do carvão”. Representando a força simbólica e histórica de Criciúma, este grupo social de trabalhadores se confunde com a história da cidade. Se, de um ponto de vista econômico e empresarial, não se pode pensar Criciúma sem a indústria do carvão, de um ponto de vista ideológico e cultural não há maneira de se pensar Criciúma sem identificar aquele que foi seu grupo social mais destacado: os mineiros. (TEIXEIRA, 1995, p. 28, 29).

Segundo Volpato (1989), as práticas de resistência dos mineiros se fortaleceram coletivamente nas principais esferas do cotidiano deles, ou seja, nas minas, nos sindicatos e nos bairros residenciais onde viviam com suas famílias.

Nas minas, essas práticas de resistência encontravam-se, segundo Volpato (1989), na recusa às atitudes de submissão e subserviência, ou ainda na insubordinação aos chefes e engenheiros no processo de trabalho; nos atos calculados e displicentes que resultavam em quebra de máquinas e equipamentos ou em desperdício de material; na alteração do ritmo de trabalho e na produtividade; no entreguismo de companheiros.

Já na esfera doméstica e social, a luta dos mineiros manifestava-se nos movimentos da comunidade que concentravam-se na tentativa de minimizar os prejuízos e desconfortos provocados pela indústria carbonífera; na ocupação feita em locais públicos e estratégicos; na obstrução das vias de circulação e transporte; na forte organização das mulheres dos mineiros em períodos de greve e, ainda, na representação teatral das questões e problemas que enfrentavam os mineiros e suas famílias (VOLPATO, 1989).

No espaço sindical, as principais práticas adotadas foram a organização das greves, as pressões da categoria nos dissídios coletivos, as ações judiciais contra as carboníferas, visando resguardar os direitos trabalhistas lesados e, ainda, a promoção de viagens com mineiros para a capital do Estado e do país, de maneira a pressionar os poderes em momentos de aprovação de leis ou julgamentos ligados à categoria (VOLPATO, 1989).

O estudo de Teixeira (2015) possibilita interpretar que o movimento sindical em Criciúma passou por dois períodos distintos. No primeiro, que foi hegemônico até início dos anos 1980, os sindicatos reproduziam na cidade a política de conciliação de classes, o imobilismo e o assistencialismo. As razões podem ser encontradas nos dirigentes da maioria desses sindicatos, que estavam atrelados aos interesses empresariais e/ou governamentais (TEIXEIRA, 1995).

Já o segundo momento inaugurou um período em que os sindicatos de Criciúma tornaram-se mais combativos:

Com a fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), a primeira regional da CUT/SC, em agosto 1984 e, com a vitória da Oposição Sindical dos Vestuaristas

e Calçadista (1985) seguida pela vitória da Oposição Sindical Mineira, em Criciúma (1986), o movimento sindical da região passa a ser, progressivamente, mais forte e organizado. Inaugura-se, então, um novo período do movimento sindical na região, marcado por sucessivos enfrentamentos com o governo e o patronato local. A greve passou a ser, ao lado das manifestações públicas, o principal instrumento de pressão utilizado por esses grupos de trabalhadores. Influenciados pela política sindical estabelecida pela CUT e liderados pelo Partido dos Trabalhadores – com apoio de setores da Igreja local, estabelece-se na cidade uma polarização entre os movimentos sociais e as elites locais [...]. (TEIXEIRA, 1995, p. 169).

Segundo Teixeira (1995, p. 169), é nesse período que “[...] os interesses dos grandes grupos econômicos da região começam a ser questionados e seus privilégios, ameaçados”.

O empresariado da cidade e região – que nos últimos anos vinha se relacionando sindicalismo cordato, conciliador e assistencialista, forjado no período getulista e mantido durante o regime militar – passa a perceber mudanças no movimento dos trabalhadores, como se revelava o sindicalismo cutista: de luta, autêntico, não dava tréguas à exploração patronal e ao arrocho das políticas governamentais. (TEIXEIRA, 1995, p. 169).

O início da década de 1990 em Criciúma foi marcado pelo alto nível de desemprego por conta do surgimento de novas tecnologias, da reestruturação capitalista e da política neoliberal que ganhava força no país. A elite dirigente de Criciúma, utilizando-se do discurso, aproveitou o momento para desconstruir a força mobilizatória dos trabalhadores na cidade, atribuindo a eles e seus representantes políticos e sindicais a responsabilidade pela crise local, discurso esse que ganhou a opinião pública (TRICHES; ZANELATTO, 2015; TEIXEIRA, 1995).

Todo esse contexto da política local no século XX nos permite concluir que as elites locais, ligadas diretamente ao desenvolvimento dos setores produtivos na cidade, sempre mantiveram a hegemonia, mesmo no período de efervescência do chamado novo sindicalismo, quando a CUT se estabeleceu no município e passou a organizar e dar unicidade às mobilizações dos diferentes sindicatos.

Para Teixeira (1995, p. 168), “[...] a visão piramidal da política que coloca o partido no cume, o sindicato no meio, e ‘o povo’ na base, isto é, disperso em seus difusos movimentos populares”, foi usada durante muitos anos pelo Partido dos Trabalhadores de Criciúma, “[...] através da CUT”, priorizando a luta político-sindical na cidade e região e secundarizando as lutas nos bairros (TEIXEIRA, 1995, p. 168).

Nesse contexto, o que se interpreta é que, ainda que o movimento sindical em Criciúma tenha sido expressão de uma experiência singular de mobilização das identidades em torno dos trabalhadores, constituindo movimentos sindicais de relevância estadual (e até mesmo nacional), não veio a lograr o estabelecimento de uma hegemonia (sequer em um curto espaço de tempo) durante o século XX.

Uma outra reflexão que pode ser feita é sobre esse distanciamento (ou não compreensão dos chamados novos movimentos sociais) das bases (outras identidades coletivas que não se resumem à luta entre operários/patrões) ter sido uma das razões para justificar o prolongamento da hegemonia das elites locais.

O SUS em Criciúma

Cumprе mencionar que a Secretaria Municipal de Saúde é a gestora plena do SUS no município de Criciúma. Assim, está habilitada, respeitando as diretrizes e premissas do SUS, a promover o cuidado integral e humanizado, de forma descentralizada e hierarquizada, aprimorando o acesso aos serviços de maneira regionalizada, estruturada e integrada no município. Ainda, a secretaria tem por missão “[...] implementar políticas de saúde que garantam o

acesso da população de forma integral, com equidade, resolutividade e humanização, através da gestão eficiente dos recursos.” (CRICIÚMA, 2018).

Compõem a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde Municipal, sob coordenação de um Secretário de Saúde: a) Assessoria Jurídica; b) Gerência de Apoio; e c) Gerência de Serviços. A Gerência de Apoio divide-se em: a) Almoxarifado; b) Fundo municipal de saúde, c) Recursos humanos; e d) Projetos/Convênios/Captação de recursos. Já a Gerência de Serviços é estruturada por nove gerências: a) Alimentação e Nutrição; b) Vigilância em Saúde; c) Atenção Básica; d) Atenção Especializada; e) Saúde Bucal; f) Assistência Farmacêutica; g) Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria; h) Urgência e Emergências; i) Saúde Mental (CRICIÚMA, 2017).

Pela responsabilidade na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde faz a gestão de todos os equipamentos de saúde públicos do seu território, incluindo a atenção básica, as policlínicas, os serviços hospitalares e de reabilitação de todo território cricumense (CRICIÚMA, 2017).

Conforme os dados apresentado no Plano Municipal de Saúde de 2018-2021, a estrutura física do sistema público de saúde na cidade, conforme dados de dezembro de 2016, é composta por 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Pronto Atendimentos, um hospital pediátrico, quatro Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, duas Policlínicas, um Centro de Especialidades Odontológicas, uma unidade da Farmácia Popular do Brasil e um Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde (CRICIÚMA, 2017).

Segundo dados da Secretaria de Saúde, o município de Criciúma possui atualmente 85,07% da sua população coberta pela Atenção Básica, sendo que a maioria das unidades básicas de saúde de Criciúma desenvolve suas ações seguindo o modelo prioritário de atenção básica do Ministério da Saúde, que é o Saúde da Família. As equipes de Saúde da Família em Criciúma são formadas por médico, enfermeiro, até dois técnicos de enfermagem e quatro a

12 agentes comunitários de saúde, todos com carga horária de 40 horas semanais (CRICIÚMA, 2018).

As UBS são distribuídas em cinco distritos sanitários: a) Rio Maina; b) Santa Luzia; c) Boa Vista; d) Centro; e e) Próspera. Os distritos sanitários são gerenciados pelos gestores de Atenção Básica, variando de oito a 12 unidades por distrito sanitário, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde de acordo com Distrito Sanitário

DISTRITOS SANITÁRIOS				
Rio Maina	Santa Luzia	Boa Vista	Centro	Próspera
Colonial	Mineira Nova	Pinheirinho	Maria Céu	Ana Maria
Laranjinha	Mineira Velha	Paraíso	Milanese	Argentina
Metropol	Mãe Luzia	Santo Antônio	Mina do Mato	C.S.U.
Rio Maina	Mina União	Santa Augusta	Mina do Toco	Cristo Redentor
São Marcos	Nova Esperança	Sangão	São Luiz	Linha Batista
Vila Francesa	Santa Luzia	São Roque	Santa Bárbara	Nossa Senhora da
Vila Zuleima	São Defende	Verdinho	São Simão	Salete
Wosocris	São Sebastião	24h Boa Vista	Centro	Renascer
	Vila Belmiro	Quarta Linha	Operária Nova	Vila Rica/Imigrantes
	Vila Manaus	Primeira Linha		24h Próspera
		Morro Estevão		Brasília

Fonte: Criciúma (2017)

Ainda, atuando junto às UBS, ampliando a abrangência e as ações na atenção básica, o município conta com cinco equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) que atuam nos distritos sanitários. Essas equipes são compostas por fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e educador físico (CRICIÚMA, 2018).

Na saúde bucal, o município de Criciúma possui uma equipe de 56 cirurgiões-dentistas e 33 auxiliares de saúde bucal, que atuam junto às UBS, ESF e também ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), esse último contando com as especialidades de endodontia, periodontia; cirurgia buco-maxilo e atendimento aos pacientes com algum tipo de necessidade especial.

O município oferta também o serviço de confecção de próteses odontológicas (CRICIÚMA, 2018).

A Rede Municipal de Urgência e Emergência conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), atendendo um quantitativo expressivo de usuários. Além disso, tem-se disponível o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Urgência (SAMU) e a Central de Ambulância, esse último direcionado ao transporte de pacientes com baixa renda (para transporte fora do domicílio, etc.) (CRICIÚMA, 2018).

O Município de Criciúma ainda possui o Hospital Materno-Infantil Santa Catarina. Administrado por uma Organização Social, presta assistência médico-hospitalar com equipe multiprofissional especializada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Unidade de Internação Pediátrica e Pronto Atendimento Infantil (CRICIÚMA, 2018).

A atenção especializada no município visa contribuir com a implantação de programas, políticas e diretrizes para a execução da atenção e do cuidado dos serviços e atendimentos especializados ambulatoriais. Além disso, busca auxiliar tecnicamente nos processos de cuidados suplementares em saúde e reabilitação por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde, sendo que a porta de entrada do usuário aos Ambulatórios de Especialidades ocorre por qualquer nível de complexidade do Sistema de Saúde Municipal (CRICIÚMA, 2018).

Oportunizando o registro de reclamações, denúncias, sugestões e elogios pelos usuários do SUS, a rede municipal contempla o serviço de Ouvidoria, proporcionando que as demandas sejam encaminhadas em conformidades com cada assunto, sendo direcionadas para melhor resolutividade (CRICIÚMA, 2018).

Ainda, cabe mencionar outros serviços, programas e projetos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde: Cartão Nacional SUS; Centro de Orientação ao Viajante (COV); Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra; Relação Municipal de Medicamentos; Lista de Medicamentos e Fórmulas Alimentares; Saúde na escola; Programa de Atenção Municipal às

DST/HIV/AIDS (PAMDHA); Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; e Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS) (CRICIÚMA, 2018).

Aa ações e serviços públicos de saúde local apresentadas neste item demonstram a relevância da inserção da população local nas instâncias de participação no âmbito do SUS, uma vez que, se observarmos que os processos decisórios no âmbito municipal, em grande parte, estiveram nas mãos das elites locais, a inclusão de outros atores sociais na formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde em Criciúma constituem-se na garantia da defesa do direito à saúde.

OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS EM CRICIÚMA

No presente tópico, analisa-se os espaços de participação social no SUS em Criciúma, mais especificamente a 8ª Conferência Municipal de Saúde (8ª CMS), realizada em 2015, e o Conselho Municipal de Saúde, no biênio 2017-2019. A análise da 8ª CMS é feita com base no Relatório Final da Conferência, e a análise do Conselho Municipal de Saúde (CMS/Criciúma) é feita com base na legislação vigente, nas atas das reuniões e em entrevistas realizadas com conselheiros(as) que integram o biênio estudado.

A Conferência Municipal de Saúde de 2015: uma síntese do processo de elaboração, participação, discussão e propostas, desde uma leitura do relatório final

A 8ª Conferência Municipal de Saúde de Criciúma foi convocada pelo Decreto n. 863/15, de 29 de maio de 2015, pelo então prefeito municipal Marcio Búrigo. O decreto municipal contemplou a data, local e período de realização da 8ª CMS, da divulgação da comissão organizadora, da publicização do tema, do regimento interno e do fundo que pagaria os gastos decorrentes de sua realização (CRICIÚMA, 2015c, p. 27, 28).

A 8ª CMS de Criciúma foi promovida pela Administração Municipal por meio da Secretária de Saúde e em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde. Foi realizada nos dias 8 e 9 de julho de 2015, no auditório Ruy Hulse da Universidade do Extremo Sul Catarinense. A programação foi composta por: no primeiro dia (8 de julho), a) Credenciamento e *coffee break*; b) Solenidade de abertura; c) Apresentação artístico-cultural; d) Leitura e aprovação do Regimento da 8ª CMS; e) Conferência de abertura; e f) Debate e encaminhamentos. Já no segundo dia (9 de julho), a) Divisão dos grupos de trabalho por eixo temático e encaminhamento para as salas de apoio; b) *Coffee break*; c) Atividades nos grupos de trabalho por eixo temático; d) Leitura das propostas levantadas nos grupos de trabalho por eixo temático; e) Aprovação das propostas levantadas por eixo temático; f) Escolha dos delegados para a Conferência Estadual; g) Entrega das avaliações; e h) Encerramento (CRICIÚMA, 2015c, p. 38).

A conferência teve como tema principal “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: direito do povo brasileiro”. O assunto foi trabalhado pelo conferencista convidado no primeiro dia que ela foi realizada (CRICIÚMA, 2015c, p. 6).

Para a organização dos trabalhos da 8ª CNS, foi designada uma comissão organizadora, aprovada pelo Pleno do CMS/Criciúma, composta por 35 membros, divididos em 7 funções, sendo: a) Coordenação geral: Andreia Sharon Salomão; b) Secretaria Geral: Franscino Gavasso da Luz Cruz, Iane Savi Silveira, Fernanda Ferro, Kellen Bortolatto; c) Relatoria Geral: Leticia Rodrigues, Maria Rosa Fernandes, Rafaela Soares, Carina Lobo, Paula Vieira Guimarães; d) Relatoria Adjunta: Clélia Fontanella Silveira, Kenia Peplau Ortolan Neves, Claudio Netto, Glenda Liz Francisconi Marcos; e) Coordenação de Comunicação e Informação: Leandro Machado, Graziela Eyng Nuernberg, Carmen Leal, Fernanda Piazza, Fernanda Menezes, Manuela Sampaio Pereira; f) Coordenação de Articulação e Mobilização: Edson Luiz do Nascimento, Volnei de Bona, Daniel Frederico, Rindalta Oliveira, Julio Zavadil, Bruna Milioli, Zenair Cauduco; g) Coordenação de Infraestrutura: Ioná Vieira Bez Birolo, Barbara Nesi, Mágada Tessmann Shwalm, Fernanda Oliveira, Larissa de

Oliveira, Maria do Carmo dos Reis Somara, Neli Terezinha Amboni, Gustavo Feier (CRICIÚMA, 2015c, p. 28).

A proposta do regimento interno da 8ª CMS foi apresentada por um membro da comissão organizadora na reunião ordinária do Pleno do CMS/Criciúma, em 1º de junho de 2015, e aprovada por unanimidade pelos presentes, conforme consta na ata n. 425/2015 do CMS/Criciúma (CRICIÚMA, 2015c, p. 8).

O Regimento Interno da 8ª CMS contemplou 12 capítulos e 29 artigos, que visaram dar organicidade durante os trabalhos da Conferência. Os capítulos contemplaram os seguintes itens: 1º da natureza e objetivo; 2º da realização; 3º da estrutura e composição da comissão organizadora; 4º da atribuição da comissão organizadora; 5º dos membros; 6º do temário; 7º dos grupos de trabalho; 8º da plenária final; 9º das moções; 10º dos recursos; 11º da aprovação do regimento interno; e 12º disposições gerais (CRICIÚMA, 2015c, p. 29-32).

Com a finalidade de mobilizar a população cricumense a participar da 8ª CMS, a comissão organizadora propôs a realização das chamadas pré-conferências de saúde. Elas ocorreram em cinco regiões do município, a saber: Centro, grande Santa Luzia, Boa Vista, Rio Mania e Próspera (os chamados distritos sanitários, conforme visto no tópico anterior) (CRICIÚMA, 2015c, p. 8).

Dessa forma, o objetivo da comissão organizadora era despertar o interesse da população para participar da 8ª CMS, fomentando a reflexão e o debate sobre qual era a situação da saúde no município, os principais pontos fortes e desafios e qual modelo de saúde se esperava para Criciúma. Além disso, como marco operativo das questões levantadas, indagava-se como fazer, as propostas e de que forma a comunidade poderia colaborar para isso (CRICIÚMA, 2015c, p. 8).

Entre os pontos fortes do SUS em Criciúma levantados nas pré-conferências nas cinco regiões, os participantes destacaram o acolhimento, o bom atendimento e a boa estrutura das unidades de saúde. Quanto aos desafios

elencados, os participantes responderam: “demora para agendamento da primeira consulta”; “falta de médicos especialistas”; “falta de um hospital público na cidade”; “modelo médico-curativo centrado na doença”; “falta de pacientes nas consultas agendadas”; “número de requisições para exames (baixa, média e alta complexidade) insuficientes”; “não há prioridade de atendimento para o trabalhador”; “rotatividade de profissionais”; “defasagem na tabela do SUS”; “a população não sabe o papel do SUS”; “a lista do medicamento do SUS é incompleta”; “os médicos não cumprem os horários”; “os médicos nem olham os pacientes, falta dentista nas unidades, faltam medicamentos”. Entre mais uma dezena de desafios colocados, esses são alguns dos exemplos para ilustrar “os problemas” apontados nas pré-conferências (CRICIÚMA, 2015c, p. 62-77).

Os resultados dos trabalhos desenvolvidos durante as pré-conferências foram consolidados em relatório e, posteriormente, entregues aos facilitadores dos eixos temáticos da 8ª CMS (CRICIÚMA, 2015c, p. 9).

As ações para mobilizar a população em participar da 8ª CMS contaram com apoio das UBS, do movimento sindical, além da divulgação nos espaços de mídias locais e redes sociais (CRICIÚMA, 2015c, p. 10).

Também foram realizadas outras ações, durante todo o mês de junho, nos terminais de ônibus, na praça Nereu Ramos (centro da cidade), com o intuito de informar ao maior número de pessoas por meio de faixas, folder, fichas de inscrição e a abordagem corpo a corpo, [...], sensibilizando todas as pessoas. (CRICIÚMA, 2015c, p. 10).

A 8ª Conferência Municipal de Saúde, segundo dados apresentados no relatório final, contou com 392 inscrições, sendo 239 na condição de participantes e 153 na condição de delegados. No dia 8 de julho, primeiro dia da 8ª CMS, contou com a presença de 246 pessoas (151 participantes e 95 delegados); já no segundo dia, estiveram presentes 494 pessoas (sendo 373 participantes e 121 delegados).

A partir dos dados tabelados no Relatório Final da 8ª CMS, verifica-se que o maior número de participantes concentrou-se no segmento dos profissionais em saúde, seguido pelos usuários, prestados e gestão, respectivamente; o gênero dos participantes majoritariamente foi o feminino; e a respeito da idade, nota-se que houve maior interesse da população entre a faixa etária de 30 a 59 anos, seguida por pessoas entre 15 a 29 anos (CRICIÚMA, 2015c, p. 11, 12).

Quanto ao perfil dos(as) participantes na função de delegados, o maior número é representado pelos usuários do SUS, seguido pelos profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços, respectivamente; o gênero, assim como anteriormente, foi constituído majoritariamente pelo feminino; e a idade deles estava na faixa etária de 30 a 59 anos, seguida por pessoas entre 15 a 29 anos e por maiores de 60 anos (CRICIÚMA, 2015c, p. 13, 14).

Os grupos de trabalho da 8ª CMS concentraram as discussões em 8 eixos temáticos distintos, a saber: 1) Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; 2) Participação Social; 3) Valorização do Trabalho e Educação em Saúde; 4) Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; 5) Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; 6) Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; 7) Ciência, Tecnologia e Inovação do SUS; 8) Reformas Democráticas e Populares do Estado (CRICIÚMA, 2015c, p. 34).

Os grupos de trabalhos foram formados por um coordenador e um relator (eleitos em cada grupo), sendo que a comissão organizadora indicou um facilitador para cada grupo, com a função de auxiliar nas discussões. Os grupos desenvolveram as atividades simultaneamente e foram formados por até 40 pessoas (CRICIÚMA, 2015c, p. 34).

Após o término dos trabalhos nos grupos, foram encaminhadas para apreciação e votação em plenária uma série de propostas em nível municipal, estadual e federal, tendo em destaque duas propostas prioritárias para encaminhamento à etapa estadual, levantadas nos grupos de trabalho, de acordo com o regimento da VIII Conferência Municipal de Saúde. (CRICIÚMA, 2015c, p. 15).

Salienta-se que na plenária final da 8ª CMS foram aprovadas um total de 77 propostas, dando destaque em cada eixo para duas propostas a serem encaminhadas e defendidas na plenária da 7ª Conferência Estadual de Saúde (CRICIÚMA, 2015c, p. 15).

Para fins de análise e posterior discussão neste estudo, destacam-se as propostas apresentadas em três eixos: a) Participação Social; b) Financiamento do SUS e relação público – privado; e c) Reformas Democráticas e Populares do Estado.

No eixo da participação social, foram votadas como propostas prioritárias:

- Construir uma agenda política de fortalecimento, capacitação e mobilização com os conselheiros locais e municipais e com a comunidade em geral, por meio de estrutura e recurso destinado aos conselhos.
- Efetivar os resultados e resoluções das conferências por meio dos conselhos, implantado e implementando orçamentos participativos em todas as esferas do SUS. (CRICIÚMA, 2015c, p. 17).

Ainda, destacam-se, entre as demais propostas no eixo da Participação Social: a) “[...] estimular a participação da população nos conselhos locais e municipais”; b) “[...] garantir estrutura e recursos para o CMS de Criciúma, necessários para a atuação e formação dos conselheiros, com vistas a uma maior independência do conselho”; c) realizar as conferências e debates de saúde em horário em que o usuário possa participar, fora do horário do comercial; d) que a coordenadoria municipal de conselhos proponha pautas intersetoriais (álcool e outras drogas, mobilidade urbana e direitos humanos, etc.) (CRICIÚMA, 2015c, p. 16).

No eixo ligado ao financiamento do SUS e relação público-privado, foram eleitas como proposta prioritária:

- Impedir a terceirização da administração e operação dos serviços públicos de saúde do município, sem prejuízo da busca do financiamento estadual dos serviços regionais aqui instalados.
- Regular de forma compatível com o bem protegido – a saúde humana – fortalecendo o Setor do Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente enfrentando temas relevantes como: as coberturas contratadas e práticas como a dupla-porta. (CRICIÚMA, 2015c, p. 19).

Ademais, no eixo intitulado reformas democráticas e populares do Estado, foram votados pelos delegados como propostas prioritárias:

- Implantação de uma unidade de acolhimento 24 horas para dependentes químicos.
- Realização de uma reforma democrática que inclua:
- Redução dos critérios exigidos atualmente, para apresentação de projetos de iniciativa popular;
- Maior utilização dos referendos e plebiscitos, inclusive com a possibilidade de cidadãos apresentarem propostas de sua realização;
- Ampliar os instrumentos da democracia participativa nos diversos entes federativos;
- Reconhecer a auto-aplicabilidade das decisões dos conselhos de direitos, a exemplos dos existentes na área da saúde. Que as decisões dos conselhos vinculem efetivamente as ações do gestor público. (CRICIÚMA, 2015c, p. 22, 23).

Ainda no eixo em comento, destaca-se a proposta de criação de uma ouvidoria específica na área da saúde, diretamente ligada às questões locais e vinculada ao Conselho Municipal de Saúde, “[...] para receber, promover procedimentos, averiguar os fatos e dar os encaminhamentos necessários”. Além disso, verifica-se a demanda por uma página eletrônica do CMS/Criciúma, de

forma a divulgar as atividades desenvolvidas, estimulando a interação entre usuários e o conselho (CRICIÚMA, 2015c, p. 23).

Menciona-se ainda que, na 8ª CMS de Criciúma, foram eleitos 20 delegados para participarem da Conferência Estadual de Saúde, com o objetivo de defenderem as propostas levantadas na etapa municipal (CRICIÚMA, 2015, p. 26).

O Conselho Municipal de Saúde de Criciúma

A análise sobre a dinâmica de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma foi feita com base na legislação vigente, nas atas das reuniões e em entrevistas realizadas com conselheiros(as) que integraram o biênio de composição das entidades no conselho.

Antes disso, cabe mencionar que a organização, estrutura e funcionamento do CMS/Criciúma estão estabelecidos na Lei Municipal n. 6.541/14 e também no Decreto Municipal n. 711/15, que homologou o Regimento Interno (RI) do Conselho Municipal.

A criação do CMS/Criciúma ocorreu legalmente em 25 de maio de 1989 (Lei Municipal n. 2.378/89) e, atualmente, compõe a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, tendo por característica ser um órgão colegiado, permanente, deliberativo e fiscalizador (CRICIÚMA, 2014).

Como finalidade, cabe ao CMS/Criciúma atuar na formulação das estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros de acordo com as diretrizes e normas do SUS (CRICIÚMA, 2014).

Com objetivo de compreender a dinâmica presente nesse espaço de participação, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: as atas elaboradas a partir das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas entre 2017 e 2018 e entrevistas com os conselheiros(as). A finalidade em se utilizar de ambos os instrumentos de pesquisa é de, posteriormente, fornecer subsídios para se realizar uma leitura desse espaço (e da conferência, objeto de discussão do tópico anterior) a partir da teoria da democracia radical.

O CMS/Criciúma a partir de uma leitura das atas

Para averiguar a dinâmica envolvida no espaço de participação do CMS/Criciúma foram solicitadas, via correspondência eletrônica, as atas (referente ao biênio 2017/2019) das reuniões (ordinárias e extraordinárias) junto à secretaria do Conselho Municipal. Dessa forma, foram disponibilizados 33 arquivos no formato “docx.” que correspondem às atas elaboradas no período compreendido de agosto de 2017 a dezembro de 2018.

Das 33 atas analisadas, nove são referentes ao ano de 2017 e 24 correspondem a 2018. Ainda, verificou-se que seis dessas atas correspondem a reuniões extraordinárias, e 27 foram elaboradas a partir de reuniões ordinárias.

Do total das 33 atas examinadas, seis delas foram excluídas deste estudo, pois observou-se que não ocorreram as reuniões do CMS/Criciúma por falta do quórum mínimo estabelecido pelo regimento. Conforme disciplina o RI do CMS/Criciúma, o quórum mínimo para início das reuniões é de metade mais um (ou seja, no mínimo 13 conselheiros(as) devem estar presentes para que ocorra a reunião) (CRICIÚMA, 2015a).

A delimitação do período de análise das atas compreendeu a posse das entidades que fizeram parte do biênio 2017/2019 (ainda em exercício). A posse das entidades ocorreu em 21 de agosto de 2017, na sede do SindSaúde, conforme registrado na ata de n. 476/2017 do CMS/Criciúma. Ainda, consta na ata mencionada que a eleição das novas entidades teve início com a publicação do edital 001/2017, posteriormente publicado no Diário Oficial do município, no qual se definiu uma comissão eleitoral que ficou encarregada de conduzir todo processo eleitoral da maneira mais transparente possível.

A pluralidade das entidades eleitas para composição do biênio 2017/2019 pode ser verificada na ata de posse mencionada. Assim, foram empossadas as seguintes entidades representantes do seguimento dos usuários do SUS: 1) Associações de pessoas com patologia: a) Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS de Criciúma (GAPAC); 2) Associações de pessoas com deficiências: a) Associação dos Deficientes Físicos de Criciúma (JUDECRI); 3) Movimentos Populares Organizados: a) Associação de Defesa dos Vitimados pelo Trabalho

(ADVT); 4) Movimento organizado de mulheres em saúde: a) Movimento Mulher; 5) Entidades congregadas de Sindicatos, Centrais Sindicais, Confederações e Federações de Trabalhadores Urbanos e Rurais: a) Sindicato dos Bancários e Financeiros de Criciúma e Região; e b) Sindicato dos Mineiros; 6) Organizações de Moradores: a) Associação de Moradores do Loteamento Gentile; b) Associação de Moradores Bairro Vila Doro; c) Associação de Moradores do Bairro São Sebastião; e d) Associação de Moradores da Vila Vitória; 7) Organizações Religiosas: a) Igreja do Evangelho Quadrangular; e b) Comunidade Evangélica Luterana Renovada. Já representando os trabalhadores da área de saúde, tomaram posse: 1) Associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos: a) Conselho Regional de Nutricionistas; b) Conselho Regional de Enfermagem (COREN); c) Sindicato dos Médicos da Região Sul Catarinense; e d) SindiSaúde; 2) Comunidade Científica: a) Centro de Educação Profissional Abílio Paulo; e b) Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Do segmento dos prestadores dos serviços em saúde: a) Laboratório Monteiro LTDA.; b) Laboratório Pasteur; e c) Laboratório Biolabor. E, ainda, representando o segmento dos gestores foram empossadas três pessoas indicadas pela gestão municipal.

Cabe mencionar que as entidades eleitas, conforme dispõe o artigo 4º, parágrafo 2º, da Lei que regulamenta o conselho, estabelece que tais entidades são eleitas em fóruns próprios de seus segmentos, convocados pelo CMS/Criciúma (CRICIÚMA, 2014). Ainda, como forma de garantir a paridade entre os segmentos, o RI estabelece expressa vedação às entidades representativas dos usuários, trabalhadores na saúde e prestadores de serviços de indicarem como representante pessoa que mantenha vínculo empregatício com o município de Criciúma (CRICIÚMA, 2015a).

Ademais, a ata de posse das entidades do novo biênio (2017/2019) traz a relação dos conselheiros(as) indicados(as) (titulares e suplentes) por elas. Dessa forma, como estabelecido na Lei n. 6.541/14, 24 conselheiros(as) titulares foram indicados(as), sendo que, além desses(as), cada entidade também indicou mais dois membros suplentes, totalizando 48 conselheiros(as) suplentes.

Seguindo com a análise das atas, observa-se que, em grande parte delas, procura-se manter certo grau de formatação e sequência nas informações inseridas, ou seja: o cabeçalho é composto pelo número da ata, o tipo de reunião, dia, mês e ano da reunião, seguido pela descrição da dinâmica de desenvolvimento da reunião, informando os segmentos e representantes presentes, votações para aprovação de ata anteriores, leitura de correspondências e informes gerais, questões de ordens do dia, as discussões (com identificação dos conselheiros), os encaminhamentos, as deliberações, divulgação de pauta da próxima reunião, encerramento do documento e assinatura dos conselheiros presentes.

Da análise das 27 atas que trazem a descrição dos assuntos tratados no espaço do Conselho, observa-se que ele, dentro das limitações apontadas expressamente nas discussões ocorridas nas reuniões, vem tentando desempenhar sua principal finalidade, que é a de atuar na formulação das estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde no âmbito do SUS.

São exemplos em que o CMS/Criciúma busca efetivar suas atribuições e competências definidas no RI: a) a constituição, em data seguinte a posse, dos membros para as comissões e comitês, conforme a ata n. 476/2017; b) a proposição de diretrizes para elaboração do plano municipal de saúde 2018/2021, e posterior discussão e deliberação, conforme registrado nas atas n. 504 e 505, ambas de 2018; c) a deliberação e aprovação do relatório de gestão de 2016 e 2017, conforme descrito nas atas de n. 485/2017 e 503/2018; d) a apresentação dos indicadores, discussão, aprontamentos e aprovação do SISPACTO, conforme ata n. 482/2017; e) a discussão e deliberação sobre a implantação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e realização de serviços de transplante renal, ambos no hospital São José, descritas nas atas n. 481/2017 e 493/18; f) a fiscalização e acompanhamento do programa de saúde mental, realizado por meio do CAPS, conforme ata de n. 480/2017; g) a apresentação, discussão e deliberação sobre o planejamento do CEREST, programa destinado à saúde do trabalhador e da trabalhadora, mencionado nas atas n. 482/2017, 483/2017, 485/2017 e 502/2018; h) acompanhamento, fiscalização e deliberação sobre a situação do Hospital Materno Infantil, conforme atas de n. 478/2017, 496/2018 e 498/2018; e i) fiscalização, acompanhamento e

discussões sobre a situação de algumas Unidades Básicas de Saúde, conforme vistas nas atas de n. 483/2017, 488/2017 e 491/2017.

Alguns conselheiros(as) apontaram expressamente nas reuniões as limitações pelas quais passava o conselho, sendo que elas, ao longo de algumas reuniões, evidenciaram o conflito existente entre a gestão municipal e os conselheiros municipais, principalmente quanto ao segmento dos usuários do sistema.

Essa situação descrita já pode ser verificada na ata de posse das entidades, de 21 de agosto de 2017, quando o então presidente do CMS/Criciúma mencionou a necessidade do CMS possuir seu espaço próprio, para garantia da autonomia e discussão das políticas públicas.

Ainda que o artigo 12, parágrafo 2º, da Lei n. 6.541/14 defina que o município de Criciúma deve garantir autonomia financeira e administrativa para o pleno funcionamento do Conselho, Dotação Orçamentária, Secretaria Executiva e Estrutura Administrativa, repassando anualmente recursos mediante convênios (divididos em 12 parcelas), observou-se, em inúmeras atas, discussões e conflitos provenientes desse assunto, merecendo o registro de algumas dessas situações: menção à falta de energia e telefone por falta de pagamento (ata n. 476/2017); no dia 9 de outubro de 2017, discutiu-se e foi aprovado pelos conselheiros(as) que não se fariam mais reuniões em condições precárias (ata n. 481/2017); foi informado sobre a carência de matérias de expediente e a falta de acessibilidade à sala do conselho (pois o elevador não estava funcionando) (ata n. 488/2018); foi criticada por alguns conselheiros a troca repentina do local da reunião ordinária, com a sugestão de acionar o Ministério Público Federal para tentar solucionar de vez esse impasse entre prefeitura e CMS/Criciúma; nesse mesmo dia, foi sugerido realizar a próxima reunião em praça pública, questão essa colocada em votação, e aprovada por 13 conselheiros(as) (ata n. 489/2018); a reunião ordinária do CMS/Criciúma foi realizada em praça pública, dando-se destaque para a difícil relação entre a gestão municipal e o CMS/Criciúma (ata n. 490/2018); observa-se, ainda, a queixa de alguns conselheiros(as) quanto à ausência de respostas dos ofícios encaminhados pelo CMS/Criciúma na tentativa de agendar reunião com a gestão municipal, conforme consta nas atas de n. 488/2018, 490/2018 e 497/2018.

Cabe destacar que no período analisado das atas, entre 21 de agosto de 2017 e 3 de dezembro de 2018, as reuniões do conselho foram realizadas em sete locais diferentes (no período de agosto de 2017 a abril de 2018), sendo que de abril a dezembro de 2018 elas ocorreram na sala do CMS/Criciúma.

Outra divergência verificada em algumas reuniões diz respeito ao cumprimento da pauta, que, segundo alguns conselheiros(as), é constantemente desrespeitada, conforme descrito nas atas de n. 483/2017, 491/2018 e 503/2018.

A priori, depreende-se que, mesmo com a forte presença de determinado conflito entre o segmento dos(as) gestores(as) e o segmento dos(as) usuários(as), o CMS/Criciúma tem conseguido manter a finalidade de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde.

Com o propósito de verificar a percepção dos(as) conselheiros(as) quanto à dinâmica envolvida no espaço do CMS/Criciúma, visto que somente as atas não poderiam fornecer tal informação, foi elaborada entrevista semiestruturada para aplicação com os conselheiros(as) municipais de saúde.

A percepção dos conselheiros(as)

A pesquisa de caráter descritivo e com abordagem qualitativa de análise dos dados foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais com os conselheiros(as) de saúde que integraram o biênio 2017/2019 do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma.

Menciona-se que foram observados e seguidos os preceitos da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, solicitando autorização para realização da pesquisa com a presidenta do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma por meio do Ofício 01/2018, o qual foi deferido pelo Ofício 290/CMS/2018, sendo então o projeto encaminhado para o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), tendo sido aprovado com o parecer n. 3.034.027, de 22 de novembro de 2018.

A condição de conselheiro(a) titular e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foram os critérios adotados para inclusão dos(as) sujeitos(as) da pesquisa. A pesquisa foi aplicada a 12 conselheiros(as) titulares que se dispuseram a participar da entrevista e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Cumpra mencionar que, para seleção dos conselheiros(as) de saúde, o primeiro contato foi realizado em horário anterior à reunião ordinária do CMS/Criciúma, quando se apresentou a proposta do projeto para os conselheiros(as) presentes. As entrevistas aconteceram nas reuniões do CMS/Criciúma, em local de trabalho, em domicílio e por meio eletrônico.

O roteiro da entrevista foi composto por 14 questões e, para preservar o anonimato dos conselheiros(as) que participaram, utilizou-se o termo “Cons”, que corresponde a conselheiro(a), seguido de um número para caracterizar o(a) conselheiro(a) municipal.

A categorização dos dados foi agrupada em quatro temas: a) caracterização dos(as) conselheiros(as); b) a concepção sobre o SUS e o entendimento sobre participação social; c) a verificação do “dissenso” no espaço do conselho: se este manifesta-se entre os segmentos e se interfere na opinião, nos apontamentos e nas sugestões entre os(as) demais conselheiros(as); e d) se os interesses da população de Criciúma (relacionados ao direito à saúde) são defendidos no âmbito do CMS e de que maneira poderia haver uma ampliação dessa atuação no CMS/Criciúma.

- a. Quanto à caracterização dos(as) entrevistados(as), comenta-se que dos(as) 12 conselheiros(as), nove declararam ser do sexo feminino e três do sexo masculino; quanto à faixa etária, dois assinalaram ter entre 25 e 34 anos, sete entre 35 e 49 anos e três entre 50 e 59 anos; desses, cinco representam o segmentos dos usuários do sistema, três são profissionais de saúde, um é prestador de serviços e três são do segmentos dos gestores; quanto à escolaridade, 10 responderam possuir nível superior e dois, Ensino Médio.

b. Referente à concepção sobre o SUS, destacam-se as seguintes respostas:

[...] foi forjado pela luta de várias pessoas/instituições e deve ser defendido. (CONS4);

[...] sistema de saúde público que dá acesso à população ao atendimento integral de saúde. (CONS5);

[...] serve para atender a toda a população, englobando diversos serviços e profissionais em todo território nacional. (CONS6);

Sistema aprovado na Constituição de 88 para dar atendimento gratuito para todo cidadão [...]. (CONS7);

[...] uma política pública de Estado que garante atendimento em todos os níveis ou pontos de atenção a toda a população brasileira [...]. (CONS11);

É um órgão [...], que foi criado para dar dignidade ao cidadão que não têm como pagar um plano de saúde ou pagar consultas particulares [...] (CONS12).

Verifica-se que grande parte dos entrevistados ligam o SUS ao termo “atendimento” (tanto na perspectiva de acesso, quanto de serviço); e um deles refere-se a ele por uma perspectiva de luta. Quanto à concepção de participação social/popular, eles compreendem como sendo:

[...] o povo tem sua [...] voz ativa quando a população participa do debate [...]. (CONS3);

É a participação do povo através dos movimentos sociais. (CONS5);

Quando a população consegue participar, articular e ser ouvida [...] (CONS6);

A participação popular acontece quando se faz a discussão [...]. (CONS9);

Penso que a sociedade em geral não sabe o poder que tem por falta de informação [...]. (CONS12).

Pode-se verificar que a noção de participação presente nas respostas dos conselheiros(as) está ligada ao discurso (voz ativa, ser ouvida, discussão) e poder.

- c. Quanto à presença do “dissenso” no espaço do conselho, se ele se manifesta entre os segmentos e se há espaço para manifestação das opiniões, apontamentos e sugestões entre os(as) demais conselheiros(as), as respostas foram as seguintes:

O conselho é democrático, quase tudo é por votação [...]. (CONS1);

[...] quando não temos certeza das decisões, procuramos resposta, judiciário. (CONS3);

[...] quando os conselheiros gestores não concordam com as deliberações de conselheiros usuários, é uma luta muito grande. (CONS4);

[...] cada pessoa tem uma linha de pensamento [...]. (CONS5);

Penso que em todos os espaços onde existem interesses diferentes isso com certeza acontecerá [...]. (CONS7);

[...] esse conselho permite o embate de ideias, prevalecendo a decisão da maioria [...]. (CONS9);

[...] no período que eu participei, só houve espaço para as divergências, a ponto de paralisar a pauta do conselho em função do excesso de dissenso [...]. (CONS11).

A maioria dos(as) entrevistados(as) menciona que o dissenso se faz presente no espaço do CMS/Criciúma, seja pela presença de diferentes interesses ou mesmo no embate das ideias. Ainda, alguns(as) possibilitam interpretar que essas divergências se encerram no momento de votação. Quando perguntado se o conflito manifesta-se entre os segmentos, os(as) entrevistados(as) responderam que:

[...] o usuário ele é voluntário, faz por amor à saúde pública, e o gestor ele ganha o seu salário [...] (CONS3);
Sempre existem opiniões diferentes [...]. (CONS8);
[...] os conselheiros que são usuários e atuam dentro de uma ideologia partidária, diferente da gestão, tendem a dificultar a agenda de pautas de interesse da gestão (CONS9);
[...] entre governistas e não governistas. (CONS11);
Onde existir embate político, em algum momento sempre irá haver divisão [...]. (CONS12).

Observa-se que o segmento de representação da gestão e dos(as) usuários(as) recorrentemente é mencionado pelas visões conflitantes entre ambos no espaço do CMS/Criciúma. Ainda, aponta-se a menção à “paixão” como elemento impulsionador de atuação. Indagando aos(às) entrevistados(as) se havia espaços para as opiniões, manifestações, apontamentos e sugestões deles, o retorno foi o seguinte:

Sim, sempre. Por este motivo continuo atuando no conselho [...]. (CONS4);
[...] a opinião de todos os conselheiros são ouvidas e consideradas. (CONS5);
[...] dependendo da força, você consegue ou não que sua opinião siga em frente. (CONS7);
[...] sempre são avaliados. (CONS8);
São considerados sim, mas como o conselho tem disputas muito acentuadas, [...], todos os apontamentos e sugestões acabam gerando muito conflito. (CONS11).

As respostas acima permitem deduzir que, embora haja visões conflitantes no espaço do conselho, as opiniões são ouvidas, discutidas e deliberadas.

- d. Ademais, quando questionados os entrevistados(as) sobre os interesses da população de Criciúma (relacionados ao direito à saúde) serem defendidos no âmbito do CMS, e de que maneira poderia haver uma ampliação dessa atuação no CMS/Criciúma:

[...] há anos o conselho vem atuando de maneira a ajudar a fiscalizar a saúde [...]. (CONS2);

[...] o CMS defende os usuários do SUS [...] (CONS3);

[...] nossa prioridade como conselheiros é decidir por melhorias na saúde para a população [...] (CONS6).

As respostas dão conta que sim, os(as) usuários(as) (população) do SUS têm seus interesses defendidos no CMS/Criciúma. Por fim, no que diz respeito à possibilidade da melhoria da atuação do CMS na defesa do direito à saúde, foram colhidas as seguintes respostas:

O conselho precisa de apoio direto da gestão [...], a gestão vê o conselho como um inimigo [...]. (CONS1);

[...] mais amor pela causa [...]. (CONS3);

[...] que haja mais participação popular. (CONS5);

[...] penso que temos que dar mais importância aos itens de pauta propostos pelo gestor [...]. (CONS10);

Preparar melhor os conselheiros para o conselho e fazê-los entender melhor o seu papel. É obvio que o espaço do conselho é um espaço de disputa, isso é compreensível e até desejável, mas essa disputa deve se dar em torno das questões próprias da saúde [...]. (CONS11).

Os elementos sugeridos pelos(as) entrevistados(as) para melhoria da dinâmica no âmbito dos CMS/Criciúma nos permitem refletir que não restam dúvidas de que, nesse espaço público, há visões conflitantes que são evidenciadas reiteradamente, mas, ainda assim, possibilita-se e aceita-se a convivência

de uma pluralidade de sujeitos unidos em torno de uma preocupação pública, que é a questão da garantia do direito à saúde para todos(as).

Portanto, feita a descrição e análise dos dados coletados tanto nos documentos, como nas entrevistas realizadas, será realizada, no tópico seguinte, a análise do Relatório da 8ª CMS de Criciúma e da atuação e funcionamento do CMS/Criciúma, a partir uma leitura desses espaços de participação social no âmbito da saúde, partindo das contribuições de Chantal Mouffe com a teoria da Democracia Radical.

UMA LEITURA A PARTIR DA DEMOCRACIA RADICAL SOBRE A CONFERÊNCIA E O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Descritos os aspectos presentes nos espaços de participação social no SUS de Criciúma, a saber, a realização da 8ª CMS, entre os dias 8 e 9 de julho de 2015, e a dinâmica de atuação no Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, compreendendo o biênio 2017/2019, a partir do Relatório Final da 8ª CMS/Criciúma, e com base na legislação vigente, nas atas das reuniões e em entrevistas realizadas com conselheiros(as) que representam os segmentos que integraram o biênio em estudo do CMS/Criciúma, compreende-se pela possibilidade de realizar uma leitura a partir da Democracia Radical, teorizada pela filósofa política Chantal Mouffe.

Antes de realizar a leitura acima mencionada, é importante pontuar que os fundamentos políticos e teóricos da Democracia Radical foram primeiramente trabalhados no livro *Hegemonia e Estratégia Socialista*, escrito por Mouffe e Laclau, dada a constatação de uma determinada crise do pensamento de esquerda, que foi incapaz de compreender à época as especificidades dos novos movimentos sociais em ebulição em parte da Europa, revelando a necessidade de se produzir uma teoria do político de forma a contribuir com o aprofundamento da revolução democrática (MOUFFE, 2014; MOUFFE; ERREJÓN, 2016).

Dessa forma, analisando o nosso local de fala, pode-se dizer que deparamo-nos com um terreno fértil para (re)pensarmos as especificidades presentes no modelo democrático brasileiro, pois ao se constatar, conforme descrito no primeiro tópico do capítulo três, que no contexto histórico do país os momentos de acentuação dos conflitos entre diferentes projetos políticos resultaram em uma ruptura com o aprofundamento democrático, o último processo eleitoral nacional (2018) evidenciou a urgência de tratar sobre o tema da democracia no Brasil, sob o risco de retrocessos tanto nos aspectos de exercício da democracia quanto na proteção dos direitos e garantias fundamentais.

Ainda, cabe frisar que, ao se verificar que a maior parte do percurso das políticas de saúde no país foi marcado pela exclusão de imensa parcela da população, e que essa realidade começa a se transformar com a articulação do movimento sanitário que resultou, em 1988, na constitucionalização do SUS, o qual, hoje, representa a maior política pública formulada pelo povo brasileiro, compreende-se que a luta pela efetivação do SUS deve ser encarada como um processo permanente.

Sabendo disso, acredita-se que a luta pelo SUS deve ser travada pelo contexto local em que se encontra inserido cada sujeito, de forma a aprofundar e ampliar todas as conquistas já alcançadas desde a implantação do SUS. O SUS se constrói todo dia.

Dessa forma, com objetivo de analisar a participação social no SUS em Criciúma a partir da leitura da Democracia Radical, teorizada por Chantal Mouffe, organizou-se metodologicamente essa proposta a partir das seguintes categorias teóricas identificadas ao longo desse estudo: a) Política; b) Político; c) Hegemonia; e d) Conflito.

- a. Por “política” (MOUFFE, 2003) compreende-se o conjunto de práticas, discursos e instituições que buscam estabelecer uma certa ordem e organizar a coexistência entre as pessoas em condições que são sempre potencialmente conflituosas, porque são afetadas pela dimensão do “político”. Em uma análise comparativa, pode-se

considerar que ambos os espaços de participação social no SUS em Criciúma guardam relação com esse sentido, uma vez que a 8ª CMS buscou fomentar a reflexão e o debate sobre a situação da saúde no município, oportunizando o debate tanto com a realização das pré-conferências nos distritos sanitários da cidade (ainda que o relatório não faça menção ao número e perfil dos participantes nas pré-conferências), quanto na mobilização da população para participarem nos dois dias de conferência (porém se considera o baixo grau de participação, visto que a cidade possui uma população estimada em mais de 200.000 habitantes e registrou-se a inscrição de apenas 392 pessoas). Visualiza-se também que, por meio dos grupos de trabalho e dada a possibilidade de discussão por eixos temáticos, originaram-se propostas que foram deliberadas durante a plenária da conferência (nas quais só os(as) delegados(as) têm direito a voto). No que se refere ao Conselho Municipal de Saúde, observa-se que a legislação que o regulamenta é que disciplina a organização, composição, funcionamento e estrutura do CMS/Criciúma, e se atingiu o objetivo de organizar a coexistência de todos os segmentos que integram o CMS/Criciúma, garantindo o desenvolvimento das atividades de competência do conselho. Esse fato pode ser exemplificado com a própria garantia de paridade entre os segmentos dos(as) usuários(as), prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e gestão. Além disso, ressalta-se também a possibilidade de autorização para a comunidade dispor da palavra nas reuniões do conselho, desde que se apresentem com 10 minutos de antecedência na secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde. É reservado então um terço do tempo em cada ponto de pauta para participação dos interessados (CRICIÚMA, 2015a).

- b. Por “político”, Mouffe refere-se à nossa própria condição de ser, não se limitando a um determinado tipo de instituição (MOUFFE, 1996). Partindo desse entendimento, não há possibilidade de ambos os espaços de participação social no SUS em Criciúma erradicarem essa

dimensão do “político” daqueles(as) que ali participam, pois é condição inerente do próprio sujeito que busca atuar no âmbito da conferência ou do conselho. Para Mouffe (2014), são as interpretações que desconsideram essa dimensão do político que têm resultado em consequências graves para a teoria democrática contemporânea.

- c. Conforme destaca Mouffe (2014), falar de “hegemonia” significa que toda ordem social é uma articulação contingente de relações de poder. A sociedade sempre é o produto de uma série de práticas que tentam criar uma determinada ordem em um contexto contingente. São as que denominamos “práticas hegemônicas”, resultando em eventos que sempre poderão ser diferentes.

A questão da hegemonia, neste estudo, fica mais clara quando verificamos os números dos participantes na 8ª CMS de Criciúma, pois revelam, de certa forma, que apesar das atividades despendidas (entrega de panfletos, divulgação nas Unidades de Saúde e mídias sociais) pelo CMS/Criciúma para a mobilização dos sujeitos em torno da realização da 8ª CMS de Criciúma, o grau de participação não representou 1% da população residente de Criciúma.

A explicação para esse baixo grau de participação está diretamente relacionada com a questão da hegemonia. Primeiro porque, retomando a análise feita sobre a política em Criciúma no século XX, ainda que o movimento sindical no município tenha sido expressão de uma experiência singular de articulação entre os diferentes sindicatos de trabalhadores, ele não logrou romper com a hegemonia das elites locais por todo o século XX. Segundo, pode-se dizer que as pessoas estão cada vez mais afastadas da política em decorrência do modelo democrático representativo de consenso entre as elites. Dessa forma, os sujeitos tendem a repudiar tudo o que se relaciona com a política, não acreditando em mudanças ou transformações do modelo dominante, perpetuando então a hegemonia dominante sem questioná-la.

- d. Quanto à questão que envolve o “conflito” nas democracias contemporâneas, para Mouffé (2006, p. 21) “[...] o conflito nas sociedades democráticas não pode e não deveria ser erradicado, uma vez que a especificidade da democracia moderna reside precisamente, no reconhecimento e na legitimação do conflito”. A autora ressalta que esses conflitos podem se dar da forma amigo/inimigo (antagonismo) ou entre adversários (agonismo), sendo que o ideal, em uma democracia radical e plural, é que o conflito não se torne um enfrentamento entre inimigos (antagonismo), mas tome a forma de um enfrentamento entre adversários (agonismo).

No âmbito da realização da 8ª CMS, a partir da análise de seu relatório final, pode-se verificar que o conflito é expressado principalmente por meio do conteúdo das proposições construídas no eixo da participação social, da discussão do financiamento do SUS e da relação público-privado, e na discussão sobre o tema das reformas democráticas e populares do Estado. Ainda que se verificasse a expressão de determinado conflito na maneira de conduzir alguns assuntos relativos ao financiamento e as relações público-privadas, não há como categorizar essa situação numa relação antagonística ou agonística pelo relatório final da 8ª CMS de Criciúma.

A manifestação do conflito resta mais evidente no âmbito do espaço de participação social do Conselho Municipal de Saúde, principalmente entre o segmento dos usuários e gestores (conforme mencionado nas entrevistas). As diversas atas analisadas discorrem alguns momentos das reuniões (ordinárias e extraordinárias) de embates diretos entre esses segmentos, tanto que na ata n. 489/2018 é sugerido acionar o Ministério Público Federal para tentar solucionar de vez o impasse entre a gestão municipal e o CMS/Criciúma, em decorrência do tratamento prestado pela gestão municipal no que se refere à disponibilização de infraestrutura mínima para o desenvolvimento das atividades do CMS/Criciúma. A partir da fala de um conselheiro, pode-se afirmar que essa disputa, em algum momento,

assumiu uma dimensão antagonista, ao considerar que “[...] a gestão vê o conselho como um inimigo [...]” (CONS1).

Ademais, considerando os conteúdos das atas e as respostas das entrevistas, compreende-se que o conflito existente no espaço do CMS/Criciúma assume mais um perfil agonista, não só porque o dissenso é possibilitado nesse espaço, como também por se reconhecer a presença de diversas formas de associações políticas, formadas a partir do conjunto de identidades coletivas distintas, que atuam por meio de práticas e discursos próprios, mas reconhecendo que são legítimos e devem ser expressados, pois é característico do espaço do conselho a pluralidade de associações que se reúnem pela causa do SUS.

CONCLUSÃO

Rompendo com uma longa trajetória marcada pela desorganização e falta de uma política estatal de saúde, a CRFB/1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e todas e dever do Estado. A partir disso, foi construído, em conjunto com a sociedade, o SUS, posteriormente regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 e 8/142/90, o que representa até o momento a maior política pública já formulada pelo povo brasileiro. Essa dimensão em termos conceituais do SUS, como visto, engloba os processos jurídico-institucionais que representam a universalização do direito à saúde.

Para além da dimensão conceitual trabalhada, também se ressaltou a dimensão do SUS relacionada à rede de instituições, ações e serviços que apresentou inúmeros avanços e conquistas do acesso nesses mais de 30 anos, garantindo dignidade a parcelas significativas da população, que sempre foram colocadas à margem das políticas estatais. Ainda que reiteradamente tente-se desconstruir o SUS público e universal, esses intentos esbarram em uma “fortaleza” chamada participação social.

A pesquisa que deu origem a essa obra demonstrou que estudar o SUS sem relacioná-lo com a participação social, que também foi recepcionada na CRFB/1988, é negar a sua própria dimensão constitutiva. Se a participação guarda intrínseca relação com o modelo de cidadania, essa última foi construída, conforme demonstrado, a partir das modificações ocorridas na relação entre Estado e sociedade. Dessas relações que se desenvolveu o termo “controle social”, que ganhou o sentido de possibilidade dos cidadãos atuarem na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas, na esteira dos fundamentos do Estado Social e Democrático de Direito.

Assim, a concepção adotada de participação social empregada neste estudo foi a de compartilhamento do poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as ações e serviços de saúde, além de servir como instrumento de expressão da democracia e da cidadania. Se a participação social adquiriu sentidos distintos nesse processo, cabe mencionar que a perspectiva adotada

VOLTAR AO SUMÁRIO

para responder ao objetivo desta pesquisa é aquela que ocorreu por meio da institucionalização, depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, e se materializou com os Conselhos e Conferências de Saúde (apesar de que o exercício da democracia em saúde não deve apenas ficar restrito a esses institutos, mas ser reinventado cotidianamente), possibilitando maior presença e ação da sociedade na política de saúde do Estado.

As conferências e os conselhos de saúde constituíram-se, ao longo desse período, em canais estratégicos de reivindicação, formulação, controle e avaliação das ações e serviços executados no âmbito do SUS em todas as esferas de governo, rompendo com o centralismo e autoritarismo que historicamente excluía a sociedade dos processos decisórios.

De forma a contribuir com a resposta da pesquisa, também se fez necessário analisar e problematizar ambos os espaços de participação, ou seja, os conselhos e as conferências de saúde, pois, como dito anteriormente, frente à disputa que envolve o projeto de um SUS público e universal, é fundamental promover reflexões que apontem as fragilidades e potencialidades presentes nesses espaços de participação social na contemporaneidade, de forma que se possibilite pensar em alternativas para o aperfeiçoamento de tais instâncias participativas no contexto da própria democracia brasileira.

De fato, ao proceder a uma breve retrospectiva dos acontecimentos na política brasileira compreendendo o período de 2013 a 2018, revelou-se a urgência em tratar sobre o tema da questão democrática no país, visto que essa foi assinalada como um dos limites externos para o exercício da participação social no SUS.

O referencial teórico empregado para compreender os impasses presentes na democracia brasileira revelou-se suficiente, pois restou demonstrado que os momentos de acentuação de conflitos entre diferentes projetos políticos para o país geralmente resultaram em uma ruptura com o processo de consolidação da democracia.

Ressalta-se que as tentativas de explicar os impasses democráticos presenciados ao longo da história no Brasil tendem a minimizar, ou até mesmo

ignorar, a importância do conflito para questão democrática. Nesse sentido, encontrou-se na teoria da Democracia Radical de Chantal Mouffe a categoria do conflito como questão fundamental para as democracias modernas. Frisa-se que a contribuição da política democrática radical é apontar caminhos para que o conflito não se torne um enfrentamento entre inimigos (antagonismo), mas tome a forma de um enfrentamento entre adversários (agonismo) que rompa com a lógica do discurso do ódio e da destruição do outro.

A partir do contributo teórico fornecido por Chantal Mouffe e considerando as especificidades apontadas na realidade democrática no país, destacou-se, já no âmbito municipal, foco do estudo, que o desenvolvimento do modelo econômico na cidade ao longo da história marcou diretamente a construção de uma identidade entre as elites locais, que, organizadas institucionalmente (por meio de partidos políticos ou associações empresariais), ocupam os espaços de poder, estabelecendo uma determinada hegemonia em grande parte da história política da cidade.

Ao descrever a dinâmica presente nos espaços de participação social no âmbito do SUS em Criciúma, observou-se que poderia ser mais ampla a participação na 8ª CMS; por outro lado, o Conselho, as atas e as entrevistas aplicadas revelaram um determinado grau de conflito entre dois segmentos (usuários e gestores), o que, por vezes, comprometeu o desempenho das atividades de competência do Conselho.

Assim, restou comprovada a hipótese que fundamentou a pesquisa: no Brasil, a estrutura política/jurídica disponível para consolidação do SUS ainda é insuficiente, considerando que as características do perfil de atuação da participação social na gestão do SUS em Criciúma/SC (por meio da 8ª CMS e do Conselho Municipal de Saúde) desenvolvem-se em consonância com o modelo democrático em crise, ressaltando a urgência em proceder a uma leitura a partir da Democracia Radical proposta por Chantal Mouffe.

Portanto, ao realizar uma análise da participação social no âmbito do SUS de Criciúma, partindo de uma leitura da Democracia Radical, verificou-se que: a) tanto a 8ª CMS quanto o Conselho Municipal conseguem esta-

belecer certa ordem e organizar a coexistências entre os sujeito que participam desses espaços; b) a presença da dimensão do “político” faz-se presente em ambos os espaços, uma vez que a condição é inerente ao próprio ser e, logo, não há possibilidade de ambos os espaços de participação social no SUS em Criciúma erradicarem essa dimensão dos sujeitos que participam; c) a questão da hegemonia pode ser explicada pelo baixo grau de participação na 8ª CMS de Criciúma; d) quanto à questão do conflito, esse resta evidente no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, aproximando-se mais da lógica de agonismo (confronto entre adversários).

As reflexões feitas nesta obra procuraram demonstrar que a sociedade precisa compreender que o SUS não foi um ponto de chegada, como se a mera constitucionalização do sistema fosse suficiente para garantir o direito à saúde na prática; pelo contrário, deve-se entender o SUS como um projeto em disputa. A luta pela efetivação e ampliação do SUS é um processo permanente e diário e 2020 foi a demonstração mais categórica dessa realidade. Só o SUS, por meio de sua rede implantada e da equipe profissional que nele atua, impediu que a catástrofe sanitária da pandemia da Covid-19 fosse ainda maior em 2020.

Dessa forma, é fundamental o fortalecimento dos indivíduos, grupos e organizações que atuam no Controle Social em Saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. 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.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: SUS** – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

AITH, F. **Curso de Direito Sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Qaurtier Latin, 2007.

ALBUQUERQUE, M. do C. Introdução. *In*: ALBUQUERQUE, M. do C. (org.) **Participação popular em políticas públicas**: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, 2006. p. 9-13.

AMES, J. L. Republicanismo conflictual y agonismo democrático pluralista: un diálogo entre maquiavelo y chantal mouffé. **Princípios**: Rev. de Filosofia, Natal, RN, v. 19, n. 31, p. 209-234, jan./jun. de 2012. Disponível em: <http://www.principios.cchla.ufrn.br/arquivos/31P-209-234.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2018.

ANDRADE, V. R. P. **Cidadania**: do Direito aos Direitos Humanos. São Paulo: Acadêmica, 1993.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA (ANREC). **Municípios da Região**. [2021]. Disponível em: <https://www.amrec.com.br/index/municipios-regiao/codMapaItem/140366>. Acesso em: 24 maio 2021. www.amrec.com.br. Acesso em: 22 abr. 2021.

ARANHA, M. L. de; MARTINS, M. H. P. **Temas de filosofia**. São Paulo: Moderna, 1922.

AROUCA, A. S. O eterno guru da Reforma Sanitária. [Entrevista concedida a] Ana Beatriz de Noronha, Caco Xavier, Rogério Lannes Rocha, Daniela C. Sophia e Katia Machado. **Radis**: Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 3, p. 19, 3 out. 2002.

VOLTAR AO SUMÁRIO

AROUCA, A. S. Democracia é saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII., 1986, Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

AVRITZER, L. O Pêndulo da Democracia no Brasil: Uma análise da crise 2013-2018. **Novos Estud. CEBRAP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 273-289, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002018000200273&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2018.

AVRITZER, L. **Impasses da Democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

AVRITZER, L. Limites e potencialidades da expansão democrática no Brasil. *In*: CICLO DE SEMINÁRIOS DO FÓRUM SOCIAL BRASILEIRO, 7 e 8 nov. 2003, Belo Horizonte. **Anais** [...]. Belo Horizonte: Attac Brasil, Fundação Rosa Luxemburgo, 2003. Disponível em: https://ibase.br/userimages/leonardo_avritzer_port.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

BALSEMÃO, A. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no SUS no Brasil. *In*: ARANHA, M. I. (org.). **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. v. 1, p. 301-318.

BAPTISTA, T. V. F. História de políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, G. C. (org.). **Políticas de Saúde e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 28-60.

BARATA, R. B. Cem anos de endemias e epidemias. **Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 333-345, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

BENEVIDES, M. V. de M. Cidadania e democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 33, p. 5-16, ago. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-64451994000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BERCLAZ, M. S. **A dimensão político-jurídica dos Conselhos Sociais no Brasil**: uma leitura a partir da Política da Libertação e do Pluralismo Jurídico. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>. Acesso em: 29 out. 2018.

BOITO JÚNIOR, A. Os atores e o enredo da Crise política. In: JINKINGS, I.; CLETO, M. **Por que gritamos Golpe?** Para entender o *impeachment* e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 23-30.

BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 10. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1994.

BOUZA-BREY, L. El poder y los sistemas políticos. In: BADIA, M. C. (ed.). **Manual de Ciencia Política**. 2. ed. Madrid: Tecnos, 1999. p. 37-83.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sistema Único de Saúde (SUS). Relatório Nacional Consolidado In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: DEMOCRACIA E SAÚDE, 16., 4 A 7 ago. 2019, Brasília, DF. Anais [...]. Brasília, DF: CNS, SUS, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf. Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Emendas Constitucionais de Revisão. Brasília: DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. [Constituição (1981)]. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, de 24 de fevereiro de 1891. Rio de Janeiro: Congresso Nacional Constituinte, 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 3.171, de 2 de abril de 1941**. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Rio de Janeiro: [s.n.], 1941. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRASIL. **Decreto-lei n. 5.109, de 20 de dezembro de 1926**. Estende o regimen do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas. Rio de Janeiro: [s.n.], 1926. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5109-20-dezembro-1926-564656-publicacaooriginal-88603-pl.html>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. **Decreto-lei n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro: [s.n.], 1923. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. **Decreto Legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920**. Reorganiza os serviços da saúde pública. Rio de Janeiro: [s.n.], 1920. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei814_2.pdf. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. **Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro: [s.n.], 1937. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas**. [2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas>. Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017. Brasília, DF, mar. 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2017.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2017**. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde (CNS). **Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 507, de 16 de março de 2016**. Resolve publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1501-15-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Relatório Final. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, DF, 17 a 21 de março de 1986. Anais [...]. Brasília, DF: CNS, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 21 out. 2018.

BURGOS, R. Sem Glória, mas com certa pena: mais uma vez sobre o conceito de sociedade civil no Brasil. *In*: WARREN, W. S.; LUCHMANN, L. H. H. **Movimentos Sociais e Engajamento Político: trajetórias e tendências analíticas**. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. p. 161-233.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde coletiva**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CASTELLS, M. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde – tese 2017-2019**. Rio de Janeiro, jul. 2018. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19_Cebes.pdf. Acesso em: 5 nov. 2018.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A Questão Democrática na Área de Saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, 1980.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1994.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2018.

COHN, A; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COMPARATO, F. K. Prefácio. *In*: FAORO, R. **A república inacabada**. São Paulo: Globo, 2007. p. 7-24.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. v. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 237-271.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. **Democracia participativa e controle em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

COSTA, P. **Poucos, muitos, todos**: lições de história da democracia. Tradução de Luiz Ernani Fritoli. Curitiba: Editora UFPR, 2012. p. 299-308.

CREMONESE, D. **Teoria Política**. Ijuí: Editora da Unijuí, 2008.

CRICIÚMA. **Decreto n. 711/15, de 15 de abril de 2015**. Homologa o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (CNS). Criciúma, 2015a. Disponível em http://www.cmscriciuma.com.br/files/regimento/arquivo_34.pdf. Acesso em: 1 dez. 2018.

CRICIÚMA. **Lei n. 6.541, de 16 de dezembro de 2014**. Disciplina as atribuições do Conselho Municipal de Saúde (CNS) de Criciúma, e dá outras pro-

vidências. Criciúma, 2014. Disponível em: http://www.cmscriciuma.com.br/files/leis/arquivo_37.pdf. Acesso em: 1 maio 2018.

CRICIÚMA. Prefeitura Municipal de Criciúma. **Plano Municipal de Educação 2015-2024**. Secretaria Municipal de Educação de Criciúma. Criciúma: PMC, 2015b.

CRICIÚMA. Prefeitura Municipal de Criciúma. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, Criciúma, 2017.

CRICIÚMA. Relatório Final. *In*: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, VIII., 8 e 9 jul. 2015, Criciúma. Anais [...]. Criciúma: CNS, 2015c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 24 maio 2021.

CRICIÚMA. **Secretaria da Saúde**. [2018]. Com a reformulação do portal da prefeitura não existe mais página específica para a Secretaria de Saúde. Indisponível. Acesso em: [20--].

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, fev. 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2018.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-364.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil – 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-322.

ESPERIDIÃO, M. A. Controle Social do SUS: conselhos e conferências. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Tratado de Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 245-269.

FALEIROS, V. P. *et al.* A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FUNARI, P. P. A. A cidadania entre os romanos. *In*: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (org.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003. p. 48-79.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil Colônia a 1930**. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo de reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GONZALO, E.; REQUEJO, F. Las democracias. *In*: BADIA, M. C. (ed.). **Manual de Ciencia Política**. 2. ed. Madrid: Tecnos, 1999. p. 179-235.

GORCZEWSKI, C.; MARTÍN, N. B. A necessária revisão do conceito de cidadania: movimentos sociais e novos protagonistas na esfera pública democrática. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2011. Disponível em: www.unisc.br/edunisc. Acesso em: 20 jan. 2019.

HEIMANN, L.; KAYANO, J. Políticas públicas em saúde e participação popular. *In: ALBUQUERQUE, M. do C. (org.). **Participação popular em Políticas Públicas**: espaço de construção da democracia brasileira.* São Paulo: Instituto Pólis, 2006. p. 85-96.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/viewFile/2242/1874>. Acesso em: 24 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Crisciúma: população. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>. Acesso em: 22 abr. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS, FORMAÇÃO E ASSESSORIA EM POLÍTICAS SOCIAIS (PÓLIS). Para uma boa intervenção nos Conselhos. **Repente**: participação popular na construção do poder local. São Paulo, PÓLIS, n. 6, p. 3, nov. 1999. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/935/1617.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 abr. 2021.

JINKINGS, I. O golpe que tem vergonha de ser chamado de Golpe. *In: JINKINGS, I.; CLETO, M. **Por que gritamos Golpe?*** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 11-14.

KNOERR, F. G. Representação Política e Globalização. *In: FONSECA, R. **Repensando a Teoria do Estado***. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

KOZICKI, K. **Conflito e estabilização**: comprometendo radicalmente a aplicação do Direito com a democracia nas sociedades contemporâneas. 2000. 266 p. Tese (Doutorado em Direito) – Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

KOZICKI, K. Democracia Radical e Cidadania: repensando a igualdade e a diferença a partir do pensamento de Chantal Mouffe. *In: FONSECA, R. **Repensando a Teoria do Estado***. Belo Horizonte: Fórum, 2004. p. 327-345.

KRÜGER, T. R. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 2, p. 75-90, 2008. Disponível em: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4025561.pdf. Acesso em: 17 maio. 2021.

LACLAU, R.; MOUFFE, C. **Hegemonía y estrategia socialista**. Hacia una radicalización de la democracia. Madrid: Siglo XXI, 1987.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ci. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2018.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contra-mão da história? *In*: PONTE, C. F.; FALEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 277-310.

LÖWY, I. A. Febre amarela, a transferência das disciplinas pasteurianas para o Brasil e o movimento sanitarista brasileiro, 1880-1920. *In*: LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-121.

LÖWY, M. Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil. *In*: JINKINGS, I.; CLETO, M. **Por que gritamos Golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 61-68.

MARANHÃO, T. de A.; TEIXEIRA, A. C. C. Participação no Brasil: dilemas e desafios contemporâneos. *In*: ALBUQUERQUE, M. do C. (org.). **Participação popular em políticas públicas**: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, 2006. p. 109-119.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MASCARO, A. L. B. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M. *et al.* **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres/MS/Opas, 2016. v. 1, p. 139-168.

MENDES, Á. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise**: o financiamento do SUS em disputa. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Rio de Janeiro: Fiocruz, 21 jul. 2017. Disponível em: www.cee.fiocruz.br/?q=no-de/611. Acesso em: 27 nov. 2018.

MENDONÇA, D.; Antagonismo como identificação política. **Rev. bras. Ci. Polít.**, Brasília, DF, n. 9, p. 205-228, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 1 mar. 2019.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. Â. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2018.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MIGUEL, L. F. Consenso e conflito na teoria democrática: para além do “agonismo”. **Lua Nova**, São Paulo, n. 92, p. 13-43, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n92/a02n92.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2019.

MIGUEL, L. F. A democracia na encruzilhada. In: JINKINGS, I.; CLETO, M. **Por que gritamos Golpe?** Para entender o *impeachment* e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 31-38.

MORONI, J. A.; SERAFIM, L. **Sociedade civil e novas institucionalidades democráticas na América Latina:** dilemas e perspectivas. São Paulo: Instituto Pólis; INESC, 2009.

MOUFFE, C. **Por um populismo de izquierda.** Buenos Aires: Siglo XXI, 2018.

MOUFFE, C. **Sobre o político.** São Paulo: Martins Fontes, 2015.

MOUFFE, C. **Agonística:** pensar el mundo politicamente. Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica, 2014.

MOUFFE, C. Prefácio: la politica democrática hoy. In: MOUFFE, C. (ed.). **Dimensiones de Democracia Radical:** pluralismo, ciudadanía, comunidade. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2012. p. 11-27.

MOUFFE, C. Democracia y pluralismo agonístico. **Derecho Y Humanidades,** Santiago de Chile, n. 12, p. 17-27, 2006. Disponível em: <https://analescfm.uchile.cl/index.php/RDH/article/download/16195/16736>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MOUFFE, C. Por um modelo agonístico de democracia. **Rev. Sociol. Polit.,** Curitiba, n. 25, p. 11-23, nov. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2021.

MOUFFE, C. Democracia, ciudadanía e a questão do pluralismo. **Política & Sociedade,** Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 11-26, 2003.

MOUFFE, C. **El retorno de lo político:** Comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical. Barcelona: Paidós Ibérica, 1999.

MOUFFE, C. **Liberalismo, pluralismo y ciudadanía democrática.** México: Instituto Federal Electoral, 1997.

MOUFFE, C. **O regresso do político**. Tradução de Ana Cecília Simões. Lisboa: Gradiva, 1996.

MOUFFE, C. *et al.* Democracia y conflicto en contextos pluralistas: entrevista con Chantal Mouffe. **Hist. Ci, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 749-762, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p=S0104-59702014000200749&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 mar. 2019.

MOUFFE, C.; ERREJÓN, I. **Construir el Pueblo**. Hegemonia y radicalización de la democracia. Barcelona: Icaria, 2015.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. F. O SUS – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-394.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(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, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009a.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009b.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o SUS: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008a.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Editora da UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do SUS: notas sobre contextos e autores. **Hist., Ci., Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PONTE, C. F.; NASCIMENTO, D. R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. *In*: PONTE, C. F.; FALEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 180-218.

RAEFFRAY, A. P. O. **Direito da Saúde**: de acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. *In*: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 63-91.

GEBRAN NETO, J. P. Consolidação das normas do SUS: uma iniciativa ousada consolidou mais de 20 mil portarias do Ministério da Saúde. [Entrevista cedida a] **Consensus**: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasília, DF, ano VII, n. 25, p. 6-13, out./ nov./dez. 2017. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_25.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

SALLUM JUNIOR, B. Metamorfoses do Estado no final do século XX. **Rev. bras Ci. Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 35-55, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n52/18065.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SALLUM JUNIOR, B. Transição política e crise de estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 32, p. 133-167, abr. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451994000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 jan. 2019.

SANTOS, B. de S. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. **Rev. Crít. Ci. Sociais**, Coimbra, n. 23, p. 15-74, set. 1987. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Estado_Sociedade_Politicas_Sociais_RCCS23.PDF. Acesso em: 22 nov. 2018.

SCLIAR, M. Políticas de Saúde Pública no Brasil: uma visão histórica. *In*: SCLIAR, M. *et al.* **Saúde Pública: história, políticas e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002. p. 45-64.

SERAFIM, L.; TEIXEIRA, A. C. Controle social das políticas públicas. **Repente:** participação popular na construção do poder local. São Paulo, n. 29, n. 8, p. 1-4, ago. 2008. <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/931/1612.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e Curar:** o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Cad. CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/359019/mod_resource/content/1/T2%20Celina%20Souza%20Politicass%20publicas%20RCRH-2006-273.pdf. Acesso em: 14 jan. 2018.

SOUZA, W. S. Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. *In:* MATTA, G. C. (org.). **Políticas de Saúde e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 115-138.

STOLTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 149-160, maio/dez. 2006: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309003>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SZWAKO, J. Participar vale a pena, mas...: a democracia participativa brasileira vista pelas lentes da utopia. *In:* SOUTO, A. L.; PAZ, R. D. (org.). **Novas lentes sobre a participação:** utopias, agendas e desafios. São Paulo: Instituto Pólis, 2012. p. 13-43.

TEIXEIRA, A. C.; MORONI, J. A.; MARX, V. Políticas de participação e novas institucionalidades democráticas no contexto brasileiro recente. *In*: MORONI, J. A.; SERAFIM, L. **Sociedade civil e novas institucionalidades democráticas na América Latina**: dilemas e perspectivas. São Paulo: Instituto Pólis; INESC, 2009. p. 81-98.

TEIXEIRA, A. C.; MARANHÃO, T.; LOTTA, G. **Conferências municipais**. Dicas: idéias para ação municipal. São Paulo, PÓLIS, n. 230, 2005.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, jun. 2011. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 1 nov. 2018.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: Editora da UFBA, 2001.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. São Paulo: Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia (AATR-BA), 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 4 abr. 2017.

TEIXEIRA, J. P. **Os donos da cidade**: poder e imaginário das elites em Criciúma. 1995. 230 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1995.

TRICHES, J.; ZANELATTO, J. H. **História Política de Criciúma no século XX**. Criciúma: Editora da Iunes, 2015.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O SUS. *In*: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

VIEIRA, R. de S. **A cidadania na República Participativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 2013. 540 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

VIEIRA, R. de S. **Partidos políticos brasileiros**: das origens ao princípio da autonomia político-partidária. Criciúma: Editora da Iunesco, 2010.

VOLPATO, T. G. **Os trabalhadores do carvão**: a vida e as lutas dos mineiros de Criciúma. 1989. 404 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WENDHAUSEM, A. L. P.; KLEBA, M. E. **Conselhos gestores e empoderamento**: vivências e potências da participação social na gestão pública. Jundiaí: Paco Editorial, 2012.

WOLKMER, A. C. Teoria crítica dos Direitos Humanos. *In*: SIDEKUM, A.; WOLKMER, A. C.; RADAELLI, S. M. (org.). **Enciclopédia latino-americana dos Direitos Humanos**. Blumenau: Edifurb; Nova Petrópolis: Nova Harmonia, 2016. p. 679-684.

WOLKMER, A. C. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura no Direito. 3. ed. São Paulo: Alfa ômega, 2001.

SOBRE OS AUTORES

MICHEL BELMIRO ILIBIO

Mestre em Direito, pelo Programa de Pós-Graduação em Direito, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc) e Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/Unesc). Advogado. Foi bolsista Prosuc/Capes.

E-mail: michelilibio@hotmail.com

REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

Doutor (2013) e Mestre (2002) em Direito, pelo Programa de Pós-Graduação em Direito, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor, pesquisador e coordenador adjunto do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Universidade do Extermo Sul Catarinense (Unesc) (PPGD/Unesc). Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor titular da 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 da Rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Pesquisador e um dos fundadores da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (RECIJUR). Membro e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Advogado. Palestrante e ministrante na área das políticas públicas de saúde.

E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESCO

ABEU
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

