

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL**  
Faculdade de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado

Iranir de Oliveira

**O CONTROLE SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE:  
CONCEPÇÕES, AVANÇOS E LIMITES**

Maceió  
2009

Iranir de Oliveira

**O CONTROLE SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE:  
CONCEPÇÕES, AVANÇOS E LIMITES**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do Título de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Valéria Costa Correia.

Maceió  
2009

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

**Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale**

- O48c Oliveira, Iranir de.  
O controle social nas conferências nacionais de saúde : concepções, avanços e limites / Iranir de Oliveira, 2009.  
128 f.
- Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.  
Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas.  
Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2009.
- Bibliografia: f. 124-128.
1. Brasil. Conferência Nacional de Saúde. 2. Controle social – Brasil. 3. Saúde pública – Brasil. 3. Políticas públicas. I. Título.

CDU: 614(81)

Iranir de Oliveira

**O CONTROLE SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE:  
CONCEPÇÕES, AVANÇOS E LIMITES**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do Título de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Maceió-Alagoas, 31 de agosto de 2009

**Banca Examinadora**



Profª. Drª. Maria Valéria Costa Correia

Orientadora



Prof. Dr. Helson Flávio da Silva Sobrinho

Examinador externo



Profª. Drª. Ana Maria Ávila Mendonça

Examinadora interna

A todos aqueles que lutam pela efetividade  
do controle social na saúde, em especial à  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Maria Valéria Costa Correia.**

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sua infinita misericórdia e bondade que sempre me acompanharam na caminhada.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. **Maria Valéria Costa Correia**, por sua orientação e apoio, fundamentais na realização deste estudo.

Aos **professores** da Pós-Graduação do Mestrado em Serviço Social (UFAL), pelos conhecimentos transmitidos.

Aos professores examinadores, **Helson Flávio** e **Ana Ávila**, por terem contribuído para aperfeiçoar esta dissertação.

À professora **Sandra Barros Lima**, por suas palavras de apoio e estímulo.

Aos queridos amigos **Elienai**, **Eliane**, **Rozilene** e **Zoroastro**, por termos compartilhado a solidariedade e momentos de angústia.

*“Não há na história, na vida social, nada de fixo, de enrijecido, de definitivo. E não existirá nunca. Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria; necessidades novas superiores são suscitadas pelas novas condições de vida; novas curiosidades intelectuais e morais pressionam o espírito e o obrigam a renovar-se, a melhorar.”*

**Antonio Gramsci**

## RESUMO

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa a caracterização das propostas e das concepções de controle social nas Conferências Nacionais de Saúde a partir da 8ª a 12ª CNS. Parte-se do pressuposto de que estas Conferências são mecanismos de controle social legalmente instituídos na Lei nº 8.142/90 para avaliar a política de saúde e propor diretrizes para esta. Para compreensão do referido objeto foi necessário qualificar o controle social na saúde, apresentando as concepções dos autores que tratam desta temática na contemporaneidade. Em seguida foi realizada uma contextualização das CNS, desde a 1ª, realizada em 1941, até a 7ª Conferência, realizada em 1980 incluindo uma descrição da 1ª à 7ª CNS, uma vez que de certa forma todas as conferências mencionadas neste trabalho foram relevantes na direção das ações do Estado no campo da saúde. Utilizamos a pesquisa bibliográfica e a documental para subsidiar a compreensão das propostas sobre o controle social discutidas nas Conferências. Na pesquisa bibliográfica utilizamos livros, artigos, monografias, dissertações e teses. Os Relatórios Finais das Conferências foram fundamentais para a pesquisa documental. A participação social vinculada ao significado de controle social de setores organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado foi se delineando a partir da 8ª CNS, período de redemocratização no país, pois até então o controle no regime ditatorial era exercido pelo Estado sobre a sociedade, através de instrumentos repressivos a qualquer expressão política da população na luta histórica por direitos. Neste contexto, na área da saúde, observa-se a relevância do Movimento da Reforma Sanitária, uma vez que se caracterizou pela contestação e crítica ao modelo de saúde vigente, reivindicando a saúde como direito de todos e formulando a base de construção do SUS. As propostas do Movimento da Reforma Sanitária foram sistematizadas na 8ª CNS, cujo tema central “Democracia é Saúde” girou em torno das discussões para formular o Sistema Único de Saúde – SUS, o qual posteriormente foi regulamentado na Constituição de 1988. Porém, há um paradoxo entre o texto constitucional e a realidade, uma vez que a saúde vem sendo privatizada para atender aos interesses do capital em detrimento de uma política de saúde pública e universal, funcional ao projeto neoliberal. As Conferências Nacionais de Saúde defendem e reafirmam o SUS e seus princípios. Neste sentido, verifica-se a importância dessas Conferências quando em seus eixos temáticos destacam propostas de controle social como um caminho para a defesa da política de saúde universal, participativa, pública e de qualidade, diante das adversidades de cada conjuntura.

**Palavras-chaves:** Controle Social. Conferências Nacionais de Saúde. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

This dissertation has as object of research the characterization of the proposals and conceptions of social control at the National Health Conferences (from 8th to 12nd NCH). It is assumed that these conferences are mechanisms of social control legally founded by law no. 8.142/90 to evaluate the healthcare policy and to propose guidelines for it. Aiming for the comprehension of the referred object, it was necessary to qualify social control on health, introducing the conceptions of authors that deal with this theme in the contemporaneity. Then it was performed a contextualization of the National Health Conferences, since the first one, in 1941, until the 7th Conference, in 1980, since all Conferences approached in this work have influenced the directions of the actions of the State on the healthcare field. We used the bibliographic and documental research to subsidize the analysis of the propositions about social control, discussed on the Conferences. In the bibliographic research we have consulted books, articles, monographs, dissertations and theses about the studied thematic. The Conferences Final Reports were fundamental to the documental research. The social participation linked to the meaning of social control by the organized sectors of civil society over the actions of the State has been delineated since 8th CNS, a period of redemocratization in the Country, because until that time the control of the dictatorial regime was carried on by the State over society, by repressive instruments against any political expression by the people on their historical struggle for rights. In this context, on the healthcare field, it becomes clear the relevance of the Sanitary Reform Movement, because it was characterized by the contestation and criticism to the present health model, claiming healthcare as a universal right and State duty. The propositions of this Movement were methodized on the 8th CNS, whose central theme, "Democracy is Health", surrounded the discussions to formulate the Unique Healthcare System (Sistema Único de Saúde – SUS), which later on was regulated on the Constitution of 1988. However, there is a paradox between the constitutional text and reality, inasmuch as health is being sold to private companies in order to attend capital concerns, due to the neoliberal project notwithstanding a policy of universal and public health. The studied National Health Conferences have defended and reaffirmed SUS and its principles. Therefore, it is clear the importance of these Conferences since their thematic cores distinguish propositions of social control as a path to the defense of a universal, collaborative, public and qualified health policy, faced to the adversities in each conjuncture.

**Keywords:** Social Control, National Healthcare Conferences, Health Policies, Unique Healthcare System (Sistema Único de Saúde)

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 9   |
| <b>1 AS CONCEPÇÕES DE CONTROLE SOCIAL NO DEBATE CONTEMPORÂNEO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA</b> .....  | 13  |
| 1.1 A relação entre Estado e sociedade civil: o controle social .....  | 13  |
| 1.2 O controle social na saúde: descentralização com participação social .....   | 26  |
| 1.3 As concepções de controle social dos autores contemporâneos na política de saúde .....   | 35  |
| 1.4 Panorama das Conferências Nacionais de Saúde: da 1ª à 7ª Conferência .....   | 41  |
| <b>2 O CONTROLE SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES, AVANÇOS E LIMITES</b> .....  | 51  |
| 2.1 Contextos sociais e econômicos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS): paradoxo entre avanços legais no SUS <i>versus</i> retrocessos neoliberais impostos pelo Banco Mundial ..... | 51  |
| 2.2 O Movimento da Reforma Sanitária e a 8ª CNS: legitimação da proposta do Sistema Único de Saúde .....   | 62  |
| 2.2.1 A participação na 8ª CNS: “Democracia é Saúde” .....   | 70  |
| 2.3 A 9ª Conferência Nacional de Saúde e a Municipalização da Saúde .....  | 73  |
| 2.3.1 O controle social na 9ª CNS .....  | 75  |
| 2.4 A 10ª CNS: fortalecimento do SUS e posicionamento contrário à reforma do Estado .....  | 82  |
| 2.4.1 O controle social e a democratização do SUS .....  | 89  |
| 2.5 A 11ª CNS: efetivação do SUS com controle social .....   | 94  |
| 2.5.1 A ampliação do controle social na saúde .....  | 99  |
| 2.6 A 12ª CNS: resgate dos princípios da Reforma Sanitária .....   | 107 |
| 2.6.1 Controle social e gestão participativa .....   | 109 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 116 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 124 |

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de estudo o controle social apresentado nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde a partir da 8ª à 12ª CNS, observando suas concepções, avanços e limites, identificando o contexto social, político e econômico em que ocorreram.

Para dar suporte teórico ao referido objeto, realizamos um estudo acerca das concepções de Estado e sociedade nas perspectivas dos clássicos da política – Hobbes, Locke e Rousseau – e na marxista, destacando o pensamento de Gramsci. Em seguida, empreendemos uma análise acerca do entendimento sobre o controle social na área da saúde, necessário para a compreensão das propostas de controle social expressas nas Conferências Nacionais de Saúde.

A análise do controle social pressupõe uma concepção da relação entre Estado e sociedade civil. Para alguns autores, o controle social vem se delineando nesta relação ao longo das últimas décadas na perspectiva de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado. Particularmente, na área da saúde, o controle social foi abordado como participação da população na defesa do direito à saúde e na garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

Tal participação realiza-se através de instâncias colegiadas de controle social como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, legalmente instituídas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Atualmente, o controle social exercido pelas conferências e conselhos tem se caracterizado como um mecanismo de defesa dos direitos sociais, particularmente do direito à saúde. Neste sentido se dá a participação social em que a atuação dos segmentos organizados da sociedade civil pode interferir na gestão das políticas públicas direcionando a ação estatal para o atendimento das necessidades coletivas, ou seja, das suas demandas reais.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas legalmente em 1937. Foram realizadas 12 conferências no período de 1941 a 2003, em conjunturas políticas diversas que, de maneira inegável, influenciaram na atuação do Estado no campo da saúde.

As primeiras Conferências Nacionais de Saúde eram realizadas com o Ministério da Saúde e da Educação, uma vez que eram ministérios integrados, tendo por função “promover o intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros.” (BLOCH E ESCOREL, 2005, p. 84). Eram realizadas a cada dois anos, convocadas pelo Presidente da República, e delas participavam apenas as autoridades do governo, técnicos do Ministério da Saúde e dos estados que fossem da área da saúde.

Somente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em 1986, é que se verificou uma ampla participação dos segmentos da sociedade civil, congregando movimentos sociais e políticos na construção do Sistema Único de Saúde, reivindicando a democratização da saúde e acesso universal, para que esta fosse um direito de todos a ser garantido pelo Estado.

O projeto de pesquisa teve como objetivo geral o controle social apresentado nas propostas expressas nos Relatórios Finais das CNS e como objetivos específicos apreender as concepções de controle social na contemporaneidade, identificar as conquistas legais no campo do controle social na saúde e verificar as diferenças e semelhanças entre as Conferências Nacionais de Saúde no tratamento do controle social.

Para alcançar os objetivos mencionados utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica para subsidiar a compreensão do objeto de estudo sobre o controle social nas Conferências Nacionais de Saúde considerou a relação entre Estado e sociedade civil, baseada na fundamentação teórica de Gramsci e de autores que tratam das concepções contemporâneas de controle social. A pesquisa bibliográfica incluiu, também, leituras de artigos de revistas científicas, monografias, dissertações e teses que tratam da temática em questão, contribuindo na elaboração deste trabalho.

Quanto à pesquisa documental, foram utilizados Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde a partir da 8ª Conferência, pois foi a partir desta que a expressão controle social foi utilizada como sinônimo de participação social, porquanto apenas “na segunda metade da década de 80, que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado” (CORREIA, 2005 b, p. 70).

É importante destacar que a aproximação ao objeto de estudo deste trabalho, ou seja, o conjunto de proposições contidas nas Conferências Nacionais de Saúde, referentes ao controle social na saúde, surgiu a partir da participação da pesquisadora nas pré-conferências, Conferências Municipais e Estaduais de Saúde no Estado de Alagoas, etapas preparatórias à realização das Conferências Nacionais, em que se discutiram propostas e elegeram delegados rumo à etapa nacional.

Esta dissertação está estruturada duas seções. Na primeira, foi construído um embasamento teórico acerca das concepções de Estado e sociedade civil em Gramsci para qualificar o controle social no debate contemporâneo da política de saúde. Apresentamos ainda o contexto político, econômico e da saúde no período em que foram realizadas as sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde, que se caracterizavam como antidemocráticas e antipopulares.

Na segunda seção descrevemos as propostas e as concepções de controle social explicitadas na 8ª à 12ª Conferências Nacionais de Saúde, as quais tiveram a participação dos segmentos organizados da sociedade civil. A 8ª Conferência não tratou especificamente do eixo “Controle Social”, pois considerou a participação social como sinônimo de controle social. As demais conferências, além de contar com a participação da população, inseriram o tema “Controle Social” como eixo de debate.

Abordamos o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, iniciado nos anos 70, por ser um movimento que deu suporte às formulações relacionadas ao SUS, questionando o modelo de saúde para que este fosse reformulado em direção à universalização da saúde, tendo como princípio a democratização, através da participação na perspectiva do controle social.

Enfocamos as concepções de controle social no debate contemporâneo da política de saúde dos autores Abreu (1999), Bravo (2006), Barros (1994), Correia (2000), Carvalho (1995), Côrtes (1998) e Raichelis (2000), verificando o consenso entre eles em fundamentar o controle social inserido na relação Estado e sociedade civil, através da participação política da população sobre as ações do Estado.

Por fim, as considerações finais poderão suscitar outros aspectos para reflexão pelos diversos segmentos da sociedade civil acerca do controle social na saúde, mediante as proposições e perspectivas sobre o eixo “Controle Social” das Conferências Nacionais de Saúde, tendo em vista a democratização da gestão pública na política de saúde.

# 1 AS CONCEPÇÕES DE CONTROLE SOCIAL NO DEBATE CONTEMPORÂNEO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

## 1.1 Relação entre estado e sociedade civil: o controle social

Para uma melhor compreensão deste estudo acerca do controle social nas Conferências Nacionais de Saúde, faz-se necessário explicitarmos um pressuposto fundamental: o entendimento teórico da relação entre Estado e sociedade civil, em que se insere o debate sobre o controle social.

Dessa forma, apresentaremos o embasamento teórico das concepções de Estado e sociedade segundo a perspectiva dos clássicos Hobbes, Locke e Rousseau, e a marxista no pensamento de Gramsci, expondo a concepção de controle social em cada autor<sup>1</sup>.

Teixeira (1998) afirma que o liberalismo se constitui em um arcabouço teórico que defende um Estado constitucional, cuja autoridade central é exercida juridicamente, em que a função precípua do Estado é a “instituição de um estado jurídico, no qual a liberdade de cada um possa coexistir com os outros segundo um conjunto de leis expressas num código ou numa Constituição” (TEIXEIRA, 1998, p. 198).

A teoria liberal tem como princípios filosóficos a liberdade individual e a igualdade de direitos, considerados direitos naturais limitados ao poder do Estado, em que tais direitos, por serem invioláveis, devem ser plenamente assegurados por este (cf. TEIXEIRA, 1998). Nesta perspectiva, o Estado foi instituído para servir ao indivíduo como uma condição fundamental para o progresso do exercício da liberdade individual, defendendo os direitos da propriedade privada e privando as massas de condições dignas de existência. Conforme Correia (2005b, p.48):

Na perspectiva liberal, o Estado corresponde ao espaço público e aparece como instância neutra, de manutenção da ordem, através do uso das leis, e como árbitro dos conflitos sociais, garantindo, assim, as condições para o livre mercado, se encarregando apenas dos serviços que não interessam ao mesmo.

---

<sup>1</sup> Correia (2005b) faz uma abordagem teórica sobre as perspectivas de controle social, subjacente à concepção da relação entre Estado e sociedade civil nos clássicos da política, em Marx e em Gramsci, na Tese de Doutorado.

Dessa forma, no Estado liberal há uma separação dicotômica entre o que é público e o que é privado, em que o Estado, através do exercício legal, assegura a manutenção da ordem social. O Estado Liberal, concebido como um poder separado da economia exerce a sua jurisdição política objetivando manter o *status quo* e, sobretudo, defender a liberdade individual.

E quanto à sociedade civil, esta é “apresentada como um espaço homogêneo sem contradição de classe, os interesses que nela circulam apresentam-se como universais, abstraindo-lhes o caráter de classe” (CORREIA, 2005b, p.48). Essa concepção de uma sociedade em que inexistente o caráter contraditório e, por conseguinte, o antagonismo, revela a concepção de uma sociedade harmônica e de indivíduos iguais perante a lei. Portanto, uma sociedade governada por leis neutras, em que nenhum indivíduo poderá ter privilégios.

O pressuposto fundamental do liberalismo é o de que os homens nascem livres, sendo este um direito natural fundamentado na doutrina do Jusnaturalismo. “A Teoria do Direito Natural defendida pelos jusnaturalistas é o direito fundamentado na natureza, de significado variável, mesmo entre os seguidores da doutrina” (MENDONÇA, 2005, p. 15).

Assim, surgem as formulações teóricas dos contratualistas clássicos Hobbes, Locke e Rousseau, os quais idealizaram a constituição do Estado Moderno para explicar a origem da sociedade e o fundamento do Estado, sendo este último fundado mediante um contrato social. Por isso, esses pensadores eram chamados de contratualistas.

De acordo com Teixeira (1998, p. 198-199):

[...], os jusnaturalistas advogam que o Estado tem um limite externo, um limite que impede que a ação do poder político seja exercida contra os direitos de liberdade dos indivíduos. Este limite externo são os direitos naturais, que nascem com os indivíduos e são imanentes à natureza humana enquanto tal, independentemente da constituição de qualquer comunidade política.

Nesse sentido, Hobbes, Locke e Rousseau legitimam a necessidade de instaurar uma sociedade política para estabelecer regras de convivência social entre os homens a partir do estado de natureza. Isso evidencia que esses pensadores clássicos mantinham o consenso no que se refere ao conceito de sociedade civil

como sinônimo de sociedade política, contrapondo-se ao estado de natureza, em que o Estado tinha a função de preservar a organização da sociedade. Por isso, os homens concordam em se submeter a uma assembleia de homens (Estado) para protegê-los das guerras e conflitos sociais, surgindo assim o Estado a partir da vontade dos homens.

Vale ressaltar a assertiva de Mendonça (2005, p.28-29):

A concepção da Escola do Direito Natural considera fundamental a constituição do Estado como instituição de um poder comum, com a criação de uma sociedade política, com a união das vontades individuais, expressa na vontade única de um corpo social através do “pacto societatis”, considerado o primeiro contrato, ou seja, uma união das forças que devem tornar efetiva a vontade comum. O vínculo social é subordinado à vontade política, uma organização pública dos atores sociais dentro das relações do poder estável.

A partir do século XVII, os referidos clássicos – Hobbes, Locke e Rousseau, romperam com o teocentrismo, visando redefinir as relações entre os homens, colocando a história sob o controle destes. Foi nesse século que o modelo jusnaturalista se desenvolveu através das ideias do inglês Thomas Hobbes.

Estes escritores clássicos precisavam explicar as causas de tantos conflitos sociais e o motivo de uns indivíduos lutarem contra os outros. Para isto, era fundamental a compreensão teórica da gênese e do desenvolvimento da sociedade e do Estado. Assim, os citados pensadores tinham uma concepção teórica fundamentada no estado de natureza e na sociedade civil, esta regulada por meio de um contrato social. O Estado determinava a organização da sociedade civil através de um contrato social em que, apesar de os clássicos mencionados serem contratualistas, existiam diferenças na forma de estabelecer tal contrato.

Para Mendonça (2005, p.28):

Na lógica do modelo jusnaturalista, a sociedade é resultado de um contrato social, por meio do qual cada indivíduo renuncia ao seu isolamento “natural” para submeter-se a um poder comum que, garantindo a coexistência dos direitos de cada um, garante o direito de todos. Os indivíduos aceitam subordinar-se ao direito igual na forma da lei, emanado do Estado que garante a justiça.

Hobbes se preocupou com a vida do homem no estado de natureza, ou seja, as relações entre os homens seriam naturais, sem poder e sem organização, e somente com um acordo entre eles, por meio de um contrato social, as normas de convivência seriam estabelecidas.

Segundo Hobbes, o homem natural é capaz de viver em qualquer formação social, independentemente da época histórica, isto é, “a natureza do homem não muda conforme o tempo, ou a história, ou a vida social. Para Hobbes (*apud* RIBEIRO, 2002, p.54), [...] não existe a história entendida como transformando os homens”.

De acordo com o filósofo mencionado, a igualdade entre os homens refere-se ao fato de que nenhum homem poderá vencer o outro totalmente. Um homem não sabe das aspirações de outro homem; então, só lhe restam as suposições. Mas, como a vontade dos homens é a vitória, acontecem as guerras e/ou conflitos sociais, tornando o “homem lobo do homem”.<sup>2</sup>

Assim, Hobbes afirmou que os homens em sua condição natural são capazes de atacar e destruir uns aos outros, e que a competição e a desconfiança são motivos de discórdia em suas relações. Quando dois homens querem atingir o mesmo objetivo e este só pode ser alcançado por um deles, ambos tornam-se inimigos, vivendo em estado de guerra.

No doutrina do Jusnaturalismo os homens têm direito a tudo no estado de natureza, ou seja, o direito de usar seu próprio poder para preservar sua vida, pois é inerente à natureza humana o desejo de preservar a vida, o que Hobbes denominou de *jusnaturale*. Nesse estado de natureza predomina o individualismo, em que o maior interesse é a honra, ao contrário do homem econômico, que busca a riqueza e, conseqüentemente, o lucro. Não há tranquilidade e segurança na vida dos homens, pois estão em constantes conflitos uns com os outros.

Para finalizar esses conflitos, o filósofo Hobbes identificou a necessidade de um acordo entre os homens que estabelecesse um poder soberano e absoluto com base jurídica, garantindo a vida dos indivíduos. O referido pensador clássico define a lei de natureza como:

---

<sup>2</sup> Expressão adotada por Hobbes.

Um preceito ou regra geral, estabelecido pela razão, mediante o qual se proíbe a um homem fazer tudo o que possa destruir sua vida ou privá-lo dos meios necessários para preservá-la, ou omitir aquilo que pense poder contribuir melhor para preservá-la (HOBBS, 1988 *apud* RIBEIRO, 2002, p.60).

Assim, a lei de natureza estabelece que todos os homens devem sair do estado de guerra e perseguir a paz, renunciando ao seu direito de poder fazer tudo o que quiserem, em prol de uma convivência pacífica e em defesa de si mesmos. Apesar de os homens nascerem com direitos naturais, como o direito à vida, à liberdade, à felicidade, entre outros, estes não devem ser usufruídos se causarem prejuízos para os outros homens. A paz deve ser para todos.

No entanto, a lei da natureza e o fundamento jurídico não são suficientes para estabelecer a paz entre os homens. Necessita-se da intervenção de um Estado com poder soberano e absoluto que garanta o direito à vida. Desse homem ou assembleia de homens surge o Estado que, mediante o seu poder coercitivo, mantém o controle sobre todos, assegurando a paz e a defesa comum. Nessa nova ordem, não há liberdade na acepção do termo, pois, segundo Hobbes, a liberdade é a ausência de oposição ao Estado. Assim, o Estado soberano impõe limites à liberdade, regulando as ações cotidianas dos indivíduos. O poder do Estado é absoluto, ilimitado e irrevogável. Neste contrato estabelecido voluntariamente pelos homens para que o Estado proporcione o bem comum a todos, infere-se que o controle social é do Estado sobre os homens, tornando-o soberano, e os homens seus súditos.

Locke, um filósofo inglês que viveu no século XVII, também foi um jusnaturalista defensor dos direitos naturais, especialmente do direito à propriedade. “O modelo jusnaturalista de Locke é, em suas linhas gerais, semelhante ao de Hobbes: ambos partem do estado de natureza que, pela mediação do contrato social, realiza a passagem para o estado civil” (*apud* MELLO, 2002, p. 84).

Locke priorizava o individualismo em suas concepções. Afirmou que a existência do indivíduo precedeu ao surgimento da sociedade e do Estado. Este pensador clássico adotou a doutrina do direito natural para limitar o poder do Estado, como forma de garantir o direito de propriedade; e da sociedade, aperfeiçoando o estado de natureza, respeitando os direitos naturais no mencionado estado.

Para Locke, o estado de natureza era um estado de paz e harmonia. Os homens tinham o direito à liberdade e à igualdade sem que precisassem lutar por esses direitos; além disso, podiam usufruir da propriedade. A vida, a liberdade e os bens eram direitos naturais; portanto, não poderiam ser violados pelo Estado.

De acordo com Mello (2002, p. 84-85):

O estado de natureza era, segundo Locke, uma situação real e historicamente determinada pela qual passara, ainda que em épocas diversas, a maior parte da humanidade e na qual se encontravam ainda alguns povos, como as tribos norte-americanas. Esse estado de natureza diferia do estado de guerra hobbesiano, baseado na insegurança e na violência, por ser um estado de relativa paz, concórdia e harmonia.

Dessa forma, o estado de natureza regido pela razão natural dos homens prescreve que nenhum homem poderá prejudicar o outro homem em seus direitos naturais. A vida, a liberdade e a propriedade eram asseguradas na sociedade política. Locke impôs limites ao poder do Estado, impedindo-o de suprimir a propriedade dos indivíduos, uma vez que a propriedade já existe no estado de natureza, sendo, portanto, um direito natural.

Nesse contexto, o homem torna-se proprietário dos seus bens por meio do trabalho. Conforme Locke, o trabalho é o fundamento da propriedade privada, e o indivíduo não poderia se apropriar além do que lhe era permitido pela sua capacidade de trabalho. Assim, era possível conviver em harmonia, garantindo o estado de natureza.

No entanto, o advento do dinheiro provocou mudanças no estado de natureza, possibilitando a troca e a compra de mercadorias entre homens livres e proprietários de bens, e conseqüentemente surgiu o comércio, proporcionando outra forma de aquisição da propriedade. “O uso da moeda levou, finalmente, à concentração da riqueza e à distribuição desigual dos bens entre os homens.” (MELLO, 2002, p. 85).

Tal concentração de riqueza fez com que a propriedade limitada e fundamentada na capacidade de trabalho passasse a ser ilimitada devido ao advento do dinheiro. O valor da propriedade passa a ter uma importância econômica. Os homens aumentaram suas propriedades, alguns ficando ricos e outros não, provocando a desigualdade de posses em decorrência da introdução do

dinheiro nas relações entre os homens. A riqueza traz também insegurança no estado de natureza, em que o homem sente necessidade de preservar o seu direito de propriedade. Isso leva os homens a estabelecerem um pacto, ou seja, um contrato social.

Em Locke, o contrato social é um pacto de consentimento em que os homens concordam livremente em formar a sociedade civil para preservar e consolidar ainda mais os direitos que possuíam originalmente no estado de natureza (MELLO, 2002, p. 86).

Assim, para a passagem do estado de natureza à formação da sociedade mediante um contrato social, faz-se necessária a presença de uma autoridade que governe sob um regime escolhido pelo povo para assegurar e proteger os direitos naturais e, sobretudo, a preservação da propriedade.

No que se refere às relações entre o governo e a sociedade, Locke afirma que “quando o executivo ou o legislativo violam a lei estabelecida e atentam contra a propriedade, o governo deixa de cumprir o fim a que fora destinado, tornando-se ilegal e degenerando em tirania” (MELLO, 2002, p. 87).

Dessa forma, em Locke, o povo tem o direito de resistência aos atos ilegais do governo, configurando um estado de guerra do governo contra a sociedade, o que poderá dissolver o estado civil, retornando-se ao estado de natureza. Locke defendeu os direitos naturais quando estes não têm a devida proteção, pois “constituem para Locke o cerne do estado civil e ele é considerado por isso o pai do individualismo liberal” (MELLO, 2002, p. 88).

Assim, pode-se deduzir que em Locke o controle social dá-se no sentido de resistência do povo aos ditames do Poder Executivo, para que respeite o direito à propriedade, à vida e à liberdade.

Já Rousseau defendeu o direito dos homens à liberdade como o mais importante direito natural. Por nascerem livres e iguais, somente os homens podem dispor do seu direito de liberdade. Sua concepção de Estado era a de um órgão limitado pelo poder do povo, tendo de assegurar a liberdade e a igualdade.

No entanto, durante as transformações que ocorreram no desenvolvimento da humanidade, segundo Rousseau, o homem encontrou grilhões em sua trajetória que o aprisionaram, aumentando a miséria humana. Ele atribui à propriedade privada a

causa de toda a miséria. O surgimento da propriedade privada instalou a desigualdade entre os homens. A ambição por riquezas fez com que os homens se tornassem inimigos e, assim, a guerra de todos contra todos alterou as relações sociais na sociedade.

Dessa forma, Rousseau defendeu o contrato social como forma de estabelecer um pacto legítimo para que os homens pudessem adquirir a liberdade civil, nascendo então uma sociedade política, na qual a soberania do povo é inalienável, prevalecendo a vontade geral sobre o individualismo.

Conforme Nascimento (2002, p.195-196):

O que pretende estabelecer no Contrato social são as condições de possibilidade de um pacto legítimo, através do qual os homens, depois de terem perdido sua liberdade natural, ganhem, em troca, a liberdade civil.

Para Rousseau, o Estado funciona como uma máquina administrativa a serviço do poder soberano do povo, na qual o poder do Estado limita-se à vontade geral. Este filósofo enfatizou um modelo de sociedade pautado nos princípios da liberdade, da igualdade e do bem-estar de todos, prevalecendo os interesses da coletividade.

Nesse sentido, a partir da concepção da relação entre sociedade e Estado no clássico mencionado infere-se que o controle social reside na vontade geral do povo, ou seja, a vontade coletiva limita o poder do Estado. O controle social é do povo soberano sobre o Estado.

Enfim, Rousseau foi um contratualista que acreditava na bondade natural do homem, defendendo o direito à liberdade como um direito fundamental na construção de uma sociedade humana e igualitária, certamente antes do advento da propriedade privada.

Conforme afirmamos anteriormente, a categoria controle social está fundamentada nas concepções da relação entre Estado e sociedade civil. Faz-se necessário contextualizarmos essas concepções, por serem os elementos - chaves para a compreensão do controle social na contemporaneidade. Ressaltamos, porém, que os pensadores clássicos Hobbes, Locke e Rousseau não analisaram teoricamente a expressão controle social, mas a partir da relação entre Estado e sociedade civil concebida por eles é que inferimos as perspectivas de controle

social. Apresentaremos a seguir as concepções de Estado e sociedade civil a partir de uma perspectiva marxista.

Segundo Coutinho (2006), a teoria marxista analisa o Estado a partir do antagonismo existente na divisão da sociedade em duas classes fundamentais e antagônicas: burguesia e proletariado. O pressuposto da análise marxista é que no sistema capitalista surgem duas classes que se contrapõem, ou seja, a classe capitalista e a classe trabalhadora. A classe capitalista está assentada na exploração da classe trabalhadora e esta vende sua força de trabalho para possibilitar a sua sobrevivência. Este é um processo fundado nas relações de produção, em que a classe dominante tem no Estado o instrumento para exercer o seu poder na sociedade.

Partindo dessa constatação, podemos afirmar que um Estado cuja finalidade é assegurar o desenvolvimento capitalista torna-se opressor da classe dominada, funcionando então como um instrumento de opressão de classe, no sentido de reproduzir os interesses da classe dominante.

Conforme Coutinho (2006), para Marx, enquanto houver a divisão da sociedade em classes, existirá o Estado, cujo poder coercitivo faz prevalecer os interesses da classe dominante. A função do Estado é precisamente a reprodução da sociedade em classes, difundindo a ideologia dos interesses particulares de uma classe como se fossem os interesses universais da sociedade.

Nesse sentido, a condição fundamental para o surgimento do Estado dá-se justamente no momento em que surgem as classes sociais e, conseqüentemente, a luta de classes. Por um lado, temos o proprietário dos meios de produção; pelo outro, o trabalhador, que dispõe apenas da sua força de trabalho gerando riquezas para o proprietário.

Essa posição no processo produtivo revela o conflito entre as classes, em que a classe economicamente mais forte institucionaliza sua dominação econômica por meio dos aparelhos repressivos do Estado. Assim, a classe que detém os meios de produção afirma também o seu poder sobre toda a sociedade. “Em suma, Marx – pelo menos até o Manifesto Comunista – identifica essencialmente o Estado com o conjunto de seus aparelhos repressivos” (COUTINHO, 2006, p. 32) e também com a função de “comitê executivo da burguesia”.

No modo de produção capitalista, e com ele os conflitos e antagonismos entre as classes sociais, em que as relações sociais de produção se configuram num mecanismo de exploração do trabalho assalariado pelo capital, faz com que se torne necessária uma instituição que amenize os conflitos, que mantenha o equilíbrio nos padrões normais da sociedade, ou seja, um poder acima da sociedade capaz de regulamentar juridicamente a luta de classes. Este poder é o Estado.

Para Correia (2005, p.40), a partir deste pensamento:

O Estado funciona como administrador dos conflitos advindos das relações sociais de produção da sociedade civil (estrutura econômica), controlando o conjunto da sociedade para manutenção do domínio da classe economicamente dominante. Nesta perspectiva, o controle social é entendido enquanto controle exclusivo dessa classe, através do Estado, sobre o conjunto da sociedade, com a finalidade de garantir a reprodução ampliada do capital.

No que se refere à sociedade civil, Coutinho afirma que Marx “identifica sociedade civil com base material, com a infraestrutura econômica” (2006, p.31). Estado e sociedade civil estão intrinsecamente relacionados, e Marx concebe o Estado a partir da sociedade civil.

Assim, o Estado, ao privilegiar o poder e a ideologia da classe dominante, dá-lhe sustentação. Daí afirmar-se que “a burguesia (a classe capitalista) tem um controle especial sobre o trabalho no processo de produção capitalista. Essa classe dominante estende seu poder ao Estado e a outras instituições” (CARNOY, 2005, p.67). Dessa forma, o Estado é a expressão política dessa dominação de classes na sociedade capitalista, em que precisa intervir nos conflitos de classes, pois não está acima desses conflitos, tal como na concepção liberal.

Em Gramsci, a sociedade civil é vista como parte da superestrutura, sem desconsiderar as relações econômicas como o fundamento desta sociedade. Enquanto para Marx a sociedade civil é a estrutura, a base material e a infraestrutura econômica determinam o rumo do Estado, Gramsci afirma que a sociedade civil é parte da superestrutura; conseqüentemente, não pertence ao momento da estrutura. No entanto, “Gramsci não nega as descobertas essenciais de Marx, mas as enriquece, amplia e concretiza, no quadro de uma plena aceitação criadora do método do materialismo histórico” (COUTINHO, 2006, p. 32).

Assim, a sociedade civil é considerada por Marx como o conjunto da estrutura econômica e social de um determinado período histórico. Em Gramsci, encontramos uma ampliação dessa interpretação, na medida em que procura mostrar que a sociedade civil é o espaço onde se organizam os interesses em confronto, é o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e as contradições. Nele, a sociedade civil é um momento da superestrutura ideológico-política e não, como em Marx, da base real. Essas esferas, contudo, não são independentes, pois estrutura e superestrutura se relacionam dialeticamente. Tal relação é a chave do marxismo gramsciano (SIMIONATTO, 2004, p. 68).

Dessa forma, o pensamento gramsciano elaborado no âmbito do marxismo, considerando a raiz marxiana, estabelece uma articulação entre sociedade civil, sociedade política (superestrutura) e sociedade econômica (estrutura), pois são partes constitutivas da realidade social. Convém ressaltar a assertiva de Carnoy no que refere à relação dialética entre superestrutura e estrutura:

Não é a separação da superestrutura em relação à estrutura o que Gramsci enfatiza, mas a relação entre ambas. Hegemonia e função hegemônica do Estado emanam ao mesmo tempo da natureza da burguesia como uma classe ideologicamente abrangente e de sua posição específica de poder econômico na sociedade capitalista (CARNOY, 2005, p. 102).

Segundo Carnoy (2005), Gramsci ao abordar a categoria hegemonia explica até que ponto a classe subalterna tem consciência da arena de luta em que se encontra pela conquista hegemônica no confronto entre as classes sociais. Nesse sentido, a hegemonia é uma das categorias centrais do pensamento político de Gramsci, fundamentada em um objetivo bastante explícito: lutar pela hegemonia da classe operária no processo histórico contra a classe burguesa, no âmbito da sociedade civil.

Para Simionatto (2004), em Gramsci a hegemonia se processava de forma diversa. No Oriente, buscava-se a conquista do Estado, e a estratégia era o ataque frontal ao poder, ou seja, a luta de classes faria sua revolução empreendendo a “guerra de movimento”.<sup>3</sup> No Ocidente, teríamos a “guerra de posição”, caracterizada

---

<sup>3</sup> Para Simionatto (2004, p.40-41), “Nas formações orientais, o que está em jogo é a conquista imediata do Estado. Nesta direção, a luta de classes assume, em seu momento decisivo, o caráter de ataque frontal ao poder, ou seja, uma “guerra de movimento”. No Ocidente, este processo dar-se-ia de maneira diversa. O embate girava em torno da conquista da hegemonia, a ser obtida no âmbito da sociedade civil. Esta estratégia denominada por Gramsci “guerra de posição”, encerra em si um processo de luta para a conquista da direção político-ideológica e do consenso dos setores mais expressivos da população, como caminho para a conquista e conservação do poder. A “guerra de posição” supõe o consenso ativo, ou seja, organizado e participativo, implicando também unidade na diversidade, um movimento dialético e democrático.”

por um processo de luta dos segmentos subalternos para a conquista da hegemonia e a conservação desta.

Um grupo social é dominante dos grupos adversários que tende a liquidar ou a submeter também com a força armada, e é dirigente dos grupos afins e aliados. Um grupo social pode e deve ser dirigente antes da conquista do poder (e esta é uma das condições principais para a própria conquista do poder); depois, quando exercita o poder e também o tem fortemente nas mãos, torna-se dominante, mas deve continuar a ser 'dirigente' (SIMIONATTO, 2004, p. 43).

Nessa correlação de forças pela conquista hegemônica do poder, a classe dominante utiliza o poder coercitivo do Estado, através das instituições denominadas por Gramsci de "aparelhos privados de hegemonia", para difundir a ideologia burguesa, no sentido de demonstrar a impossibilidade de superação da ordem social vigente, obtendo assim o consenso e, conseqüentemente, a subalternidade da classe dominada, o que também significa subalternidade política e cultural.

Segundo Simionatto (2004), a relação subalternidade/hegemonia, em que ocorre a passagem da posição subalterna para a hegemônica, se efetiva no processo da correlação de forças entre a estrutura e a superestrutura. Conclui Gramsci que é na esfera política que as massas podem alcançar um nível de consciência e de organização, no sentido de que os interesses do grupo subalterno se tornem hegemônicos.

A não passagem da subalternidade à hegemonia resulta da impossibilidade, para as classes subalternas, de se unificarem, de elaborarem um projeto totalizante, enquanto não conseguem tornar-se Estado, como ocorre com as classes dirigentes. Gramsci dirá que a grande massa dos homens pensa segundo uma concepção de mundo imposta mecanicamente a partir do ambiente externo e obedece a essa concepção de modo passivo. Assim, é necessário que os homens sejam educados no sentido de elaborar a própria concepção de mundo, pois, quando vem assimilada passivamente do exterior, ela é ocasional, desagregada e acrítica, produzindo inevitavelmente contradições. Consegue-se sair dessa subalternidade quando se assume a consciência do significado do próprio operar, da efetiva posição de classe, quando se elabora uma nova concepção de política e de Estado (SIMIONATTO, 2004, p. 49).

Assim, esse é o pressuposto fundamental para se formar a consciência de classe. A luta pela hegemonia na sociedade capitalista se dá no embate entre o nível econômico, o político e o cultural, sendo este último bastante enfatizado no pensamento gramsciano. A questão cultural assume função relevante no processo

hegemônico, na conquista pela obtenção da direção político-ideológica dos segmentos subalternos.

Segundo Carnoy (2005), o Estado para Gramsci é um instrumento de dominação e coerção, controlando os segmentos subalternos através dos seus aparelhos coercitivos; quanto à classe dominante, tanto mantém a dominação como procura conquistar o consentimento desses segmentos.

Assim, o Estado se desenvolve como uma instância hegemônica a serviço da burguesia com o fim perpetuar o controle burguês sobre a classe subalterna, mantendo a subalternidade da referida classe. A burguesia expande seu domínio no contexto da luta de classes, buscando adesão da sociedade ao seu projeto através da hegemonia.

Tudo isto sugere que a visão de Gramsci sobre o Estado era principalmente ideológica, que este era um aparelho hegemônico que surgiu da concepção da classe burguesa como um grupo em potencial totalmente inclusivo, daí um sistema de leis e normas que tratavam os indivíduos como se eles estivessem para ser incorporados à burguesia (CARNOY, 2005, p. 101).

Gramsci (1971, *apud* Carnoy, 2005, p.98), no que se refere à definição de Estado, refere que:

Permanecemos sempre no terreno da identificação de Estado e de governo, identificação que não passa de uma representação da forma econômico-corporativa, em outras palavras, da confusão entre sociedade civil e sociedade política, pois é necessário salientar que a noção geral de Estado inclui elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido poder-se-ia dizer que o Estado = sociedade política + sociedade civil, em outras palavras, a hegemonia garantida pela couraça da coerção).

Para Simionatto (2004), Gramsci defende a teoria do Estado ampliado, uma vez que a relação Estado/sociedade se complexificou à medida que surgiram novos fenômenos estatais, fazendo emergir na sociedade capitalista moderna uma nova esfera, ou seja, a sociedade civil. Surgem amplos movimentos de massa com caráter político, caracterizando o protagonismo das classes.

Posto isso, Gramsci ressaltará a complexidade das relações Estado/sociedade, em que a luta de classes tem como ponto decisivo os aparelhos privados de hegemonia, uma vez que visa à obtenção da direção político-ideológica. Assim, o Estado se ampliou colocando como centro da luta de classes a “guerra de

posição” como condição indispensável para a classe subalterna se transformar em classe dirigente, possibilitando dessa forma acessar o poder do Estado.

Segundo Coutinho (2007), a teoria gramsciana de Estado ampliado nas sociedades ocidentais é a junção da sociedade política com a sociedade civil. Logo, afirma que:

O Estado em sentido amplo [...], comporta duas esferas principais: a sociedade política (que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de ‘Estado-coerção’), que é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar; e a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc. (COUTINHO, 2007, p. 127).

Após essas breves considerações acerca da concepção de Estado e sociedade civil, elaborada pelos pensadores clássicos Marx e Gramsci, abordaremos o controle social na saúde e também as perspectivas de controle social dos autores contemporâneos que vêm contribuindo para a discussão desta temática, tendo em vista as profundas mudanças na sociedade brasileira, orientadas pelo ideário neoliberal e que rebatem nas políticas sociais, em particular na política de saúde.

## **1.2 O controle social na saúde: descentralização com participação social**

Nas últimas décadas o controle social é uma temática que vem sendo bastante discutida por profissionais da área, gestores, conselheiros, usuários das políticas sociais e pela sociedade civil de um modo geral, com interpretações distintas, dependendo da concepção de Estado e sociedade civil.

Segundo Carvalho (1995), o termo controle social inicialmente foi utilizado na Sociologia com o objetivo de disciplinar os indivíduos para a aceitação dos padrões morais de conduta determinados pela sociedade. O controle social nessa perspectiva é considerado um instrumento normativo e adaptador das regras que facilitam a integração social.

Na Teoria Política, a expressão controle social tem significados distintos, afirmando Correia que:

Na Teoria Política, o significado de controle social é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado (CORREIA, 2009, p. 104).

O Estado controla a sociedade no sentido de estabelecer consensos em torno do projeto do capital. Esse controle é exercido através do Estado, que ao implementar políticas públicas, normatiza padrões de comportamento a serem seguidos pelos indivíduos, legitimando o poder dominante. No sistema capitalista é fundamental que haja aceitação dos membros da sociedade no processo de reprodução do capital, para a manutenção da ordem vigente.

A política de saúde foi pioneira no uso da expressão controle social como sinônimo de participação social no período de redemocratização do Estado brasileiro. Gradualmente as demais políticas públicas absorveram esta expressão em suas discussões pela defesa dos direitos sociais. O sentido empregado para a expressão controle social é o de a sociedade organizada controlar as ações do Estado para atender as suas demandas.

Na análise de Correia (2005b, p.47):

Vale ressaltar o aspecto contraditório em que se move o controle social, pois enquanto a sociedade civil se constitui em campo de luta de classes na disputa pela imposição de projetos societários diferentes ao conjunto da sociedade, este controle poderá ser maior de uma classe ou de outra em determinados momentos, de acordo com a capacidade destas em formar consensos em torno do seu projeto.

Dessa forma, o caráter contraditório do controle social revela que este tanto poderá ser de uma classe como de outra, o que dependerá da correlação de forças que se estabelece na conquista da hegemonia na sociedade civil.

Segundo Bravo e Matos (2004), a década de 1980, no Brasil, foi um período de democratização, de intensa efervescência política e de aprofundamento da crise econômica. Nessa conjuntura foi proposto um modelo para resgatar o setor saúde,

pelo Movimento da Reforma Sanitária<sup>4</sup>. Este vinha sendo construído desde a década de 70 e tinha como objetivo a democratização da saúde e a universalização do direito à saúde, entendendo-a como um direito de todos. “O movimento sanitário, [...], conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado” (BRAVO; MATOS, 2004, p.32).

Para Correia (2005b), foi nessa época de democratização e efervescência política que o controle social na saúde passou a ser compreendido numa perspectiva de controle dos segmentos organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado, para que estas atendam às demandas da população. No período ditatorial vivia-se num regime de repressão política, de censura à imprensa e sob o autoritarismo do Estado, sendo proibida a organização dos setores da sociedade civil. Não havia interlocução entre Estado e sociedade civil.

O Movimento da Reforma Sanitária foi um importante aliado na construção de um projeto alternativo de saúde pública ao modelo vigente, uma vez que denunciou as precárias condições de saúde provocadas pelo modelo econômico, cuja tendência sempre girou em torno da contenção dos gastos públicos com a saúde, predominando a lógica do capital ao privilegiar o setor privado em detrimento do setor público. Este movimento propôs a reorientação do sistema de saúde para que o setor fosse democratizado, voltando-se para uma assistência à saúde de acesso universal, descentralizada e que contasse com a participação democrática da população.

Uma das bandeiras de luta do Movimento Sanitário foi a defesa da descentralização da política de saúde através da municipalização da saúde, pois tais estratégias iriam contribuir para a democratização do sistema, apresentando maior resolutividade dos problemas de saúde, além de possibilitar a participação da população na política de saúde. A descentralização político-administrativa supõe

---

<sup>4</sup> Para Eleutério Rodriguez Neto (1994), o Movimento da Reforma Sanitária tinha como proposta a ampliação do conceito de saúde, que esta não fosse restrita à assistência médica. Era fundamental que a saúde fosse compreendida como o resultado das condições de vida e que atendesse às necessidades sociais da população, numa perspectiva democrática. Para que a saúde fosse considerada um direito de todos, deveria ser garantida pelo Estado mediante as políticas públicas, assegurando o acesso universal aos bens e serviços que lhes assegurem a saúde. O Movimento da Reforma Sanitária, liderado por setores progressistas da sociedade civil, entendido como um movimento político-ideológico se confrontou com o modelo médico assistencial-privatista, o qual excluía os segmentos populacionais mais pobres. Portanto, tal Movimento contribuiu para a transformação do sistema de saúde.

uma lógica aproximada à democracia e à ampliação da participação social. Adquiriu maior visibilidade no regime democrático brasileiro desde a Constituição de 1988, “como um instrumento imprescindível à revalorização do poder local e da participação popular [...] após longos anos de vigência da dimensão relativa à centralização política e administrativa” (PORTO, 2005, p.166-167).

Stein (1997) considera a descentralização como um instrumento de fortalecimento da sociedade no sentido de garantir a participação da população na formulação e controle da política de saúde. Requer uma redefinição do papel do Estado na sociedade que possa configurar uma nova relação entre Estado e sociedade civil.

Na mesma direção, Jovchelovitch (1998) trata a descentralização como um poder que deve ser partilhado entre o Estado e a sociedade civil, o que implica uma redefinição da estrutura do poder governamental. Logo, modifica-se a relação entre governo e população, “dentro da qual a autonomia das organizações locais proporciona o exercício do controle social e a possibilidade de influir nas decisões de várias instâncias de poder” (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 37).

A descentralização político-administrativa preconizada pela Constituição de 1988 garante o direito à sociedade de formular e controlar políticas públicas, o que pressupõe o respeito à autonomia e à participação como condição necessária para o controle social.

Consideramos que nesta perspectiva o controle social pode ser compreendido no contexto da saúde como um elo entre Estado e sociedade civil, em que através de lutas, embates e poder reivindicativo constroem-se propostas para a efetivação de direitos. A democratização do Estado proporcionada pelo processo da descentralização possibilita maior controle social sobre a gestão pública.

No entanto, o significado do termo descentralização vem sendo capturado pelo discurso neoliberal, utilizando a descentralização como mecanismo de transferência da responsabilidade pelos problemas sociais para a sociedade civil, visando privilegiar o ajuste fiscal através da redução dos gastos públicos ante a crise do capital, reforçando o poder dominante.

Para ressaltar esta idéia convém citar a assertiva de Stein (1997, p.86):

Dentre as diferentes concepções sobre o termo descentralização, há aquela, de corte neoliberal, que a identifica como estratégia de redução do gasto público, determinado pela chamada crise fiscal do Estado Moderno. Tal redução tem se constituído numa das medidas que mais tem afetado os setores sociais, principalmente os marginalizados, cuja capacidade de negociação dos recursos públicos difere das frações de classe média ou trabalhadora com maior poder de pressão.

Na mesma direção, Correia (2000, p. 56) salienta que:

Na medida em que responsabiliza os municípios pela política de saúde local, não repassando os recursos necessários para sua efetivação e diminuindo, assim, a responsabilidade do Governo Federal, as estratégias descentralizadoras estão coerentes com a perspectiva racionalizadora e de redução dos gastos públicos do projeto neoliberal.

Dessa forma, a descentralização vem, gradualmente, se transformando em desconcentração, à medida que transfere responsabilidades e competências, retirando o poder e a autonomia dos entes federados, colocando-se como estratégia para reduzir os gastos públicos, contrapondo-se ao princípio da universalização do direito à saúde. Isto tem favorecido a privatização das políticas sociais, com a qual predomina a lógica mercantil e a racionalização dos gastos públicos em detrimento das demandas sociais da população, seguindo as orientações da política neoliberal. “Assim, uma das implicações mais nefastas, ocorrida em decorrência da prática da descentralização, vigente no Brasil contemporâneo, tem sido a privatização” (PORTO, 2007, p. 148).

As propostas do Movimento Sanitário pretendiam a construção de um sistema que compreendesse a saúde como resultado da determinação social do processo saúde-doença. Conforme o artigo 3º da Lei 8.080/90, o direito à saúde é o direito à qualidade de vida, o que implica ampliar a concepção de saúde para além da assistência médica, incluindo também outros aspectos como a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o trabalho, entre outros. Dessa forma, o direito à saúde implica que a universalização da saúde é para todos os indivíduos, indistintamente. Os movimentos sociais na área da saúde dos anos pré-Constituição visavam a um novo paradigma, ou seja, considerar a saúde como uma questão de todos e responsabilidade do Estado, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões.

O projeto da Reforma Sanitária se confronta com as exigências do capital em sua crescente necessidade de expansão e acumulação, contribuindo para o processo global de desumanização durante o século XX, provocando uma condição de vida miserável para a classe subalterna. Nesse contexto, o indivíduo é considerado apenas como consumidor dos serviços de saúde em uma política que, ao longo das últimas décadas, vem seguindo uma tendência privatista.

A partir da Constituição Federal de 1988, o campo da política de saúde conquistou avanços legais, incorporando a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art.196), consolidando princípios fundamentais como a universalidade<sup>5</sup>, a equidade<sup>6</sup> e a integralidade<sup>7</sup> compondo o Sistema Único de Saúde, entendendo a saúde como dimensão da democracia que incorporou um sistema de saúde público e universal.

Para Bravo e Matos (2004), o texto constitucional brasileiro é o mais avançado em termos de política da seguridade social, pois incorporou as propostas do movimento da Reforma Sanitária, particularmente no campo da saúde, em que couberam cinco artigos (arts. 196-200), com os serviços de saúde sendo integrados em um sistema único.

A Constituição de 1988 contempla as conquistas da população, especialmente no que se refere ao campo dos direitos. Nesta Constituição, no artigo primeiro, o Brasil definiu-se como um Estado Democrático de Direito, regulamentando os direitos civis, políticos e sociais. No que se refere ao direito à saúde, este foi inserido em “um sistema de saúde racional<sup>8</sup>, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, e democrático, com participação da população” (RODRIGUEZ NETO,1994, p.9).

---

<sup>5</sup> Segundo Barros (1994, p.33), a universalidade é um princípio do SUS em que todas as pessoas têm igual direito à saúde sem nenhum tipo de discriminação, critérios ou exigência de pagamento pelo serviço de saúde.

<sup>6</sup> “O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta. Em outras palavras, deve tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade. Equidade é diferente de igualdade” (BARROS, 1994, p.33).

<sup>7</sup> Conforme Barros (1994, p.34), a integralidade se refere ao direito que as pessoas têm de ser atendidas no conjunto das suas necessidades, em que o indivíduo deve ser tratado pelo serviço de saúde como um todo e não de forma fragmentada.

<sup>8</sup> De acordo com Neto (1994, p. 12), racional significa que o SUS deve se organizar de acordo com as necessidades da população, oferecendo serviços e ações de forma planejada, orientando-se pela demanda.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde consolidou a concepção ampliada de saúde na Constituição Federal, tendo como princípios básicos o acesso universal aos serviços de saúde e a participação da população. Incorporou o conceito abrangente de saúde como resultado das condições de vida e de trabalho, tendo como determinantes e condicionantes o meio físico, o meio socio-econômico e o cultural, além dos fatores biológicos.

A referida Constituição assegurou também a participação da comunidade como uma das principais diretrizes do SUS, instituindo-a no inciso III do artigo 198. Tal participação foi uma das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, a qual foi legitimada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Esta conferência é considerada um marco histórico na área da saúde, pois pela primeira vez houve a participação da sociedade civil, discutindo e avaliando as propostas da Reforma Sanitária.

Os movimentos sociais, na história da política de saúde brasileira, vêm desempenhando um papel fundamental no controle social, em particular os movimentos pela defesa do direito à saúde. O Controle Social no SUS busca a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e acesso igualitário, explicitados constitucionalmente, possibilitando o protagonismo dos sujeitos, uma vez que o princípio democrático permeia a gestão pública. A luta pela defesa do SUS necessita da participação e do comprometimento da população para que o controle social na saúde seja fortalecido na direção de uma política de saúde adequada às necessidades da população.

O controle social na perspectiva do Sistema Único de Saúde significa participar da formulação e gestão das políticas públicas, em que segmentos organizados da sociedade civil utilizam mecanismos de controle social no sentido de representar os interesses da população nas esferas nacional, estaduais e municipais. Tais mecanismos são as Conferências e os Conselhos de Saúde, legalmente instituídos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Entre as políticas da seguridade social, a política de saúde é uma das que mais obteve avanços no campo legal no país. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, consolidando o Sistema Único de Saúde perante a União, os estados e municípios. Enfatiza a descentralização político-administrativa “na forma da municipalização dos

serviços e ações de saúde, que significa redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios” (NÉDER, 1994, p. 39).

O controle social realiza-se pela participação popular nos níveis nacional, estaduais e municipais responsáveis pela política de saúde, em que o mencionado controle se torna extremamente necessário por ser a saúde um bem público. A população, ao partilhar o poder de decidir questões de saúde, estará contribuindo para um sistema de saúde inteiramente público, sem a interferência de grupos econômicos com interesses privatistas.

No entanto, apesar dos avanços conquistados no campo da saúde, constatamos que desde a década de 90 o projeto neoliberal vem reduzindo a intervenção do Estado na política de saúde, visto que tem sido atribuída à universalização da política de saúde uma das causas dos gastos públicos, ocorrendo a precarização da política pública de saúde. Paralelamente, houve um aumento da oferta e da demanda por seguros de saúde, contribuindo para a mercantilização desta, desuniversalizando o acesso universal à saúde.

É importante destacar que as Conferências de Saúde se constituem em um dos mecanismos de controle social com representação dos vários segmentos da sociedade civil, que se reúnem a cada quatro anos. Estas não são instâncias deliberativas, mas têm o papel de avaliar a situação de saúde e “propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes,” (Lei nº 8.142/90), ou seja, nacional, estadual e municipal. Logo, não são deliberativas, mas propositivas; e os Conselhos de Saúde foram institucionalizados em caráter permanente e deliberativo, também representados por segmentos da sociedade civil, para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde nos referidos níveis de governo.

Faz-se necessário enfatizar que o poder deliberativo é uma conquista popular pelo direito ao controle sobre a política de saúde, amplamente discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e democraticamente garantido pela Constituição Federal de 1988: “todo poder emana do povo, que o exerce diretamente ou através de seus representantes eleitos”. Isso significa respeitar os princípios da democracia no que se refere à participação.

A Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, determina que as Conferências de Saúde, em sua organização, devem seguir o princípio da paridade, ou seja, que os segmentos dos usuários devem ser paritários em relação aos demais segmentos representados: 50% das conferências são representadas por usuários, 25% por trabalhadores de saúde e 25% por gestores e prestadores de serviços públicos e privados. Os Conselhos de Saúde também são regidos por essa proporcionalidade na sua participação.

Para Correia (2005a), o controle social torna-se relevante à medida que a população possa interferir na gestão dos recursos públicos para que sejam realmente aplicados na área da saúde, possibilitando a construção e/ou ampliação da esfera pública, pois vivemos numa conjuntura em que há restrições ao que é público, o que se agrava quando há privatização dos serviços de saúde para beneficiar a rede privada.

Por isso, devemos entender o controle social como elemento fundamental da democracia, que envolve uma dimensão política e que não se pode reduzir à mera fiscalização da política de saúde. Esse processo necessita da participação de diversos sujeitos políticos que se envolvam em lutas que defendem os interesses das classes subalternas, sem riscos de cooptação.

Nesse sentido, o controle social implica uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil, “com uma lógica inversa à do período ditatorial, em que a classe dominante através do Estado mantinha o controle exclusivo sobre a sociedade, com seus mecanismos de repressão” (CORREIA, 2005b, p.72). O Estado exercia o controle social sobre a sociedade utilizando suas instituições como forma de repressão às reivindicações dos movimentos sociais, com a coerção sobre o conjunto da sociedade para manter a ordem vigente.

Somente no período da redemocratização no país, durante a década de 80 e após as conquistas dos setores progressistas, o controle social passa a ser concebido como um direito à participação da população, relevante no processo de dinamização da política de saúde, em que “destacamos como estratégia mais importante para a efetivação do controle social o fortalecimento dos movimentos populares e sindicais, [...]” (CORREIA, 2005a, p.75).

Por fim, para que o controle social na saúde se torne uma realidade é necessário que os recursos sejam realmente aplicados na política; que a gestão seja transparente na direção da efetivação do SUS, possibilitando assim a concretização da saúde como um direito de todos a ser garantido pelo Estado.

Os autores que tratam das concepções de controle social na contemporaneidade, tema a ser apresentado no próximo item, reafirmam a importância do controle social nas políticas públicas, considerando os espaços dos conselhos como uma alternativa para a democratização da saúde.

### **1.3 As concepções de controle social dos autores contemporâneos na política de saúde**

Vários autores vêm tratando do controle social no contexto das políticas sociais, seja na política de saúde, seja nas demais políticas públicas. Todos ressaltam o controle social como um caminho para a defesa dos direitos sociais através da participação social.

Conforme Correia (2005b), fundamentada numa perspectiva gramsciana, o controle social se insere numa disputa entre as classes dominante e subalterna, em busca da hegemonia. No sistema capitalista as classes possuem projetos societários diferentes que se confrontam num espaço contraditório. Portanto, o controle social dependerá dessa correlação de forças entre as classes; pois daí surge a possibilidade de controle dos segmentos subalternos sobre as ações do Estado.

A autora considera o controle social inserido num campo contraditório. O Estado, ao implementar políticas sociais, incorpora as demandas dos segmentos subalternizados como forma de manter o controle sobre a sociedade. Assim, os movimentos organizados encontram possibilidades de interferir na gestão pública no sentido de direcionar a ação estatal para que o fundo público seja utilizado no atendimento às necessidades sociais da coletividade.

A partir do referencial teórico de Gramsci, em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado.

Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – está balizado pela referida correlação de forças (CORREIA, 2005, p. 63).

Dessa forma, Correia defende o controle social das classes subalternas. Este controle poderá acontecer através da interferência destas classes na gestão das políticas públicas, atendendo aos seus interesses. Afirmar o protagonismo das classes subalternas requer considerar o potencial transformador dos diversos segmentos da sociedade civil que representam os interesses do trabalho em busca de uma nova hegemonia.

Correia (2000) ressalta a importância da perspectiva democrática no exercício do controle social, pois o controle da população sobre os gastos públicos é imprescindível, tendo em vista que é a própria população quem paga os serviços públicos através dos impostos.

A autora afirma que:

No Brasil, onde há uma restrição da esfera pública simultânea à privatização do fundo público, o exercício do controle social sobre o gasto público estatal é relevante para construção e/ou ampliação da esfera pública. A população organizada, utilizando-se de mecanismos de controle social, poderá interferir para que o fundo público se reverta cada vez mais em gastos sociais com bens e serviços públicos que não buscam o lucro, impedindo, ou ao menos resistindo, a conversão crescente deste fundo público em argamassa para o capital na busca do lucro, ao ser aplicado para beneficiar a rede privada (CORREIA, 2000, p. 54).

Em Raichelis (2000), a publicização<sup>9</sup> relaciona-se intrinsecamente à democratização e à participação social das classes dominadas, no sentido de intensificar a representação dos sujeitos sociais na direção da universalização dos direitos sociais. Compreendida como movimento de sujeitos sociais, a publicização “requer um lócus para consolidar-se. Este lócus é a esfera pública” (RAICHELIS, 2000, p. 63).

---

<sup>9</sup> Segundo Raichelis (2000, p.62), a publicização refere-se à mediação das novas relações entre Estado e sociedade civil, numa visão ampliada de democracia que dinamiza a participação social. A esfera pública é um espaço de “explicitação de interesses em conflito, de confronto entre projetos sociais e de luta pela hegemonia.”

Tendo como referência autores como Habermas (1984), Hannah Arendt (1991) e Vera Telles (1990), a esfera pública constitui um espaço essencialmente político, de aparecimento e visibilidade, aonde tudo que vem a público pode ser visto e ouvido por todos. Nesta esfera, os sujeitos sociais estabelecem uma interlocução pública, que não é apenas discursiva, mas implica a ação e a deliberação sobre questões que dizem respeito a um destino comum/coletivo (RAICHELIS, 2000, p. 64).

Ao mencionar os interesses coletivos, a autora afirma também que os conflitos sociais são inerentes à publicização, tornando-se necessária a visibilidade desses conflitos no cenário público, onde os projetos das classes sociais se confrontam, podendo estabelecer consensos, permitindo assim ao movimento da publicização uma forma de estratégia política.

Por isso, quando falamos da construção da esfera pública nos referimos a novas modalidades de relação entre o Estado e a sociedade civil que transcendem as formas estatais e privadas, para constituir uma esfera, na qual o público não pode ser associado automaticamente ao Estado, nem o privado se confunde com o mercado, ainda que transitem nesta esfera interesses de sujeitos privados (RAICHELIS, 2000, p. 64).

Dessa forma, Raichelis insere o controle social como parte constitutiva da esfera pública, sendo a participação da sociedade civil o instrumento necessário ao controle social, o qual é entendido como:

O acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2000, p. 64).

Para Carvalho (1995, p.8), “controle social [...] corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Este autor ressalta a importância de que o controle seja feito pela sociedade, utilizando os conselhos como espaços de fortalecimento do sistema democrático, por meio da ação organizada dos diversos segmentos da sociedade civil. Logo, os conselhos têm a possibilidade de ampliação do espaço público em favor das suas demandas e interesses da coletividade.

No que se refere à perspectiva de controle social da autora Marina Maciel Abreu (1999), esta analisa os Conselhos de Direitos partindo do pensamento de Gramsci acerca da teoria do Estado ampliado. Aborda o aspecto contraditório em que se inserem estes conselhos, uma vez que tanto podem atender às demandas da

classe subalterna, como podem privilegiar os interesses da classe dominante, sendo cooptados e legitimando o poder do capital.

Por um lado, apresentam-se como possibilidade de constituírem-se espaços de expressão política da classe trabalhadora, na luta pela garantia de meios à própria reprodução material e subjetiva. Ou seja, do seu pleno desenvolvimento físico e intelectual, como parte do amplo processo de intervenção ativa dessa classe no movimento histórico, no sentido da transformação social, cuja centralidade é a luta pela reconstrução da sua identidade de classe – sua recomposição como força política. Por outro lado, podem desenvolver-se como mecanismos privilegiados de manifestação dos interesses dominantes, e do exercício do controle social pelo capital (ABREU, 1999, p.68-69).

Entretanto, apesar dessa contradição, a autora enfatiza a participação política da classe trabalhadora no espaço dos Conselhos de Direitos como um possível caminho para o planejamento, controle e gestão das políticas públicas, visando o atendimento às necessidades sociais, e conseqüentemente, a democratização e a universalização do sistema, de forma que estes espaços possam ser utilizados pela classe trabalhadora como instâncias de pressão política e controle social na efetivação das políticas públicas.

Bravo (2006) ressalta a defesa da Reforma Sanitária e da participação democrática como um desafio para o controle social no atendimento às demandas das questões da coletividade. Considera os conselhos de saúde como instâncias legais na luta pela consolidação de direitos, pois vivemos “num cenário de regressão de direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital” (2006, p. 76). Conquistas sociais e direitos consagrados têm sido descaracterizados pela política neoliberal desde os anos 1990, provocando alterações na relação entre Estado e sociedade civil.

Assim, afirma Bravo (2006, p.77) que:

Neste contexto adverso, o compromisso tem que ser com o debate público, a participação democrática que possibilita aos cidadãos organizados interferir e deliberar nas questões de interesse coletivo, em busca de proposições para resolver os conflitos.

A autora destaca os Conselhos de Saúde como um instrumento fundamental de controle social na elaboração, discussão e fiscalização da política de saúde, pois se trata de um segmento organizado por gestores, prestadores públicos e privados, trabalhadores de saúde e usuários.

Os conselhos foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos. Nesse contexto, podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública (BRAVO, 2006, p. 84).

Para Soraya Côrtes (1998), o controle social está intrinsecamente associado à participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, os quais representam os interesses dos setores populares, cuja participação se constitui num processo de tomada de decisão política, o qual necessita que a sociedade civil esteja organizada.

As transformações ocorridas no sistema brasileiro de saúde a partir da Constituição brasileira de 1988 influenciaram decisivamente os canais participatórios, crescendo gradualmente o exercício do controle social nos Conselhos Municipais de Saúde, vistos pela referida autora como arena para a qual foram canalizadas as necessidades da saúde do governo municipal.

Soraya Côrtes (1998, p.12) assevera que:

Os Conselhos Municipais de Saúde passaram a ser elementos-chave no contexto da descentralização, na medida em que os governos municipais têm ampliado seu papel no sistema. Realizada a municipalização, coloca-se sob âmbito do município, portanto ao alcance do Conselho, o comando do sistema naquele nível de governo.

Assim, os representantes dos Conselhos Municipais de Saúde podem participar no processo de decisão política que ocorre nestes espaços, o qual envolve a discussão acerca dos recursos públicos destinados à política de saúde, contribuindo para o direcionamento dos gastos públicos em prol do setor saúde, fortalecendo assim a democratização da referida política.

Para Elizabeth Barros (1994), o controle social significa que a gestão pública do SUS deve submeter suas ações ao controle da sociedade, através das instâncias colegiadas como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, ambas instituídas legalmente. Enfatiza ainda a existência de parceiros no exercício do controle social, como o Ministério Público e o PROCON, os quais poderão assegurar o cumprimento das leis e a defesa dos direitos.

Ainda conforme a autora, o Ministério Público é uma instituição essencial à função jurisdicional do Estado em defesa do sistema democrático. Existente na União e nos estados da federação tem o poder legal para defender os direitos da população e, atualmente, possui setores específicos para garantir os direitos sociais, incluindo questões relativas à saúde. A saúde, por ser um serviço de relevância pública, está submetida ao controle do Ministério Público.

O PROCON – Promotoria dos Direitos do Consumidor é o órgão de proteção e defesa do consumidor, assegurada no artigo 5º, inciso 32, da Constituição Federal. Além da defesa dos direitos do consumidor no que se refere a bens ou objetos, o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, aprovado pela Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, também “prevê a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde devem ser notificadas ao PROCON.” (BARROS, 1994, p. 36).

As autoras Correia (2000), Bravo (2006) e Marina Abreu (1999) incluem o controle social no espaço contraditório entre as classes, em que os projetos dessas classes se confrontam pela conquista do poder hegemônico, considerando o viés classista em suas concepções de controle social.

Em suma, os autores mencionados que tratam das concepções de controle social na contemporaneidade analisam o controle social a partir da relação Estado e sociedade civil, enfatizando a participação da sociedade civil através dos Conselhos de Saúde ou Conselhos de Direitos como fundamental para o controle social na saúde, em face do processo que permeia a democratização do Estado brasileiro.

O enfoque da nossa pesquisa é um dos mecanismos institucionais de controle social: as Conferências Nacionais de Saúde. O nosso objeto de estudo são as propostas e as concepções de controle social das conferências na direção do controle social, caracterizando a abordagem desta temática, da 8ª à 12ª Conferência. Entretanto nos propomos no próximo item situar historicamente as Conferências anteriores a estas, observando o contexto político, econômico e da saúde em que foram realizadas.

#### 1.4 Panoramas das conferências nacionais de saúde: da 1ª à 7ª conferência

De acordo com o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941), as conferências foram instituídas pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Conforme o artigo 90 da referida lei, a Conferência Nacional de Saúde destina-se a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades realizadas em todo o país, orientando-o na execução local dos serviços de saúde. As conferências eram realizadas a cada dois anos, sendo convocadas pelo Presidente da República. Vale salientar que a referida lei instituiu tanto a Conferência Nacional de Saúde – CNS, quanto a Conferência Nacional de Educação, pois saúde e educação integravam o Ministério da Educação e Saúde.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde – CNS ocorreu entre 10 e 15 de novembro de 1941 no Rio de Janeiro e não seguiu nenhum tema específico. De acordo com o Relatório Final foram discutidas questões referentes à:

Organização sanitária estadual e municipal, para o maior desenvolvimento das campanhas nacionais contra a tuberculose e a lepra, para o estabelecimento em termos mais amplos das instituições destinadas à proteção, à maternidade, à infância, à adolescência e, finalmente, para a solução do problema relativo aos serviços de água e de esgotos nas municipalidades de todo o país (BRASIL, 1941, p.16).

Assim, a 1ª CNS centralizou suas discussões num modelo de saúde embasado nas campanhas sanitárias, dando especial destaque ao combate das epidemias contra a lepra e a tuberculose. Para esse fim, o Ministério da Educação e Saúde elaborou um estudo prévio através de questionários para subsidiar os debates da referida conferência acerca da situação sanitária e assistencial dos Estados, abordando diversos assuntos: medicina preventiva em geral, tuberculose, lepra, malária, doenças venéreas, saneamento básico, educação sanitária, proteção à maternidade e à infância, entre outros.

À época da 1ª Conferência, o presidente do Brasil era Getúlio Vargas, que governou o país no período de 1930 a 1945. Instituiu o Ministério da Educação e Saúde em 1930, cujo ministro era Francisco Campos, e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, também criado em 1930, teve como ministro Lindolfo Collor.

O governo de Vargas estabeleceu uma nova relação com a classe trabalhadora, preocupando-se com suas reivindicações, objetivando neutralizar os

conflitos para que não impossibilitassem o processo produtivo necessário à acumulação do capital. As reivindicações trabalhistas, como jornada de 8 horas de trabalho, férias e descanso remunerado, proibição do trabalho noturno para mulheres e menores de dezoito anos, aposentadoria e, posteriormente, salário mínimo foram reconhecidas. Em 1943, essas reivindicações foram consagradas na Consolidação dos Direitos Trabalhistas (CLT). Direitos que resultaram das lutas do movimento operário há muitos anos.

Segundo Figueira (2007), a política econômica do período getulista procurou impulsionar a industrialização estimulando a fabricação de produtos nacionais, substituindo as importações. Porém promoveu a abertura ao capital estrangeiro para fundar empresas estatais diretamente relacionadas à produção industrial, como a construção da primeira Usina Siderúrgica Nacional (1941), a Companhia Vale do Rio Doce (1942), a Fábrica Nacional de Motores (1943), além de outras empresas que aceleraram o desenvolvimento econômico do país.

No âmbito da saúde, a tuberculose era a doença que mais afetava os brasileiros, além de outras enfermidades como a difteria, a paralisia infantil, a varíola, a sífilis, pois ainda não existiam antibióticos para combatê-las e/ou vacinas para preveni-las.

Em suma, a política getulista era fragmentada, seletiva e desigual, pois se destinava apenas a algumas categorias organizadas politicamente (marítimos, bancários, industriários etc.), caracterizando assim a “cidadania regulada”,<sup>10</sup> na qual só eram cidadãos com direitos plenamente reconhecidos aqueles organizados politicamente e que tinham profissões de grande reconhecimento público. Seu objetivo era controlar os trabalhadores para evitar conflitos que dificultassem a expansão capitalista.

A 2ª CNS foi realizada em novembro de 1950 e presidida pelo Ministro da Saúde, Pedro Calmon. Esta conferência ressaltou a preocupação com as “condições de higiene e de segurança no trabalho, na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, e na temática da malária.” (BLOCH; ESCOREL, 2005, p.91).

---

<sup>10</sup> Conforme Correia (2000), cidadania regulada é uma expressão adotada por Wanderley Guilherme dos Santos para caracterizar o cidadão que tinha uma ocupação oficialmente legalizada, vinculando o direito à condição de trabalho estabelecida nos termos de um contrato.

Na presidência da República estava o general Eurico Gaspar Dutra, apoiado por partidos de orientação getulista. A legislação trabalhista do governo Vargas foi preservado, e garantido constitucionalmente o direito de greve para a classe trabalhadora. A Constituição promulgada em 18 de setembro de 1946, de princípios liberais e democráticos, assegurou a democracia como regime político brasileiro.

Apesar da Constituição democrática, o presidente Dutra perseguia politicamente seus opositores e os trabalhadores, pois estes reclamavam da precariedade nas condições de trabalho, baixos salários, inflação, entre outros fatores que prejudicavam a qualidade de vida. As greves se multiplicaram pelo Brasil, o que fez com que o direito de greve fosse suspenso pelo governo, prendendo vários líderes do movimento operário.

No contexto econômico, o presidente, visando combater a inflação, criou o Plano SALTE, que significava Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, cujo objetivo era coordenar os gastos públicos, priorizando os investimentos nos referidos setores essenciais à população. No entanto, a política de combate à inflação diminuiu o poder aquisitivo da classe trabalhadora, uma vez que se reduziu à metade o salário mínimo e não foi dada a devida relevância ao Plano SALTE.

Ao contrário do governo Vargas, Dutra não priorizou o nacionalismo econômico, já que não incentivou o desenvolvimento industrial do país. Promoveu abertura ao capital estrangeiro em detrimento dos interesses econômicos das empresas nacionais, facilitando a importação de bens supérfluos. Pressionado por empresários brasileiros que se sentiam prejudicados com a política das importações, o governo Dutra passou a dificultar as importações.

Conforme Bloch e Escorel (2005), a 3ª CNS foi considerada a mais politizada desta época, em relação às conferências anteriores. Ocorreu em dezembro de 1963, no Rio de Janeiro, e foi presidida pelo Ministro Wilson Fadul. A finalidade desta conferência consistiu numa análise geral acerca da situação sanitária nacional e na aprovação de programas de saúde adequados às necessidades da população.

O presidente da República era João Goulart, que presidiu o país no período de 1961 a 1964, sob o regime parlamentarista, enfatizando no seu governo o aspecto nacionalista, reformista e a independência da política externa. Foi o presidente que programou um conjunto de reformas de bases, reformismo com

desenvolvimento social. Reforma agrária para facilitar a vida do homem na zona rural, evitando o deslocamento para as cidades em busca de emprego; reforma educacional visando melhoria no ensino público, aumentando o número de escolas e combatendo o analfabetismo; reforma eleitoral para conceder o direito de voto aos analfabetos e maior participação na vida política; e reforma tributária para corrigir as desigualdades que existiam no pagamento dos tributos entre ricos e pobres. “Além das reformas de base, Jango procurou, pela Lei de Remessa de Lucros, limitar o envio de dólares das empresas multinacionais para o exterior” (COTRIM, 2005, p. 554).

Para Cotrim (2005), dois grupos se organizaram com posicionamentos diferentes em relação às reformas. A favor das reformas de base, alguns setores populares organizavam protestos, e outros segmentos da sociedade civil faziam manifestações contrárias às reformas.

Ainda conforme o autor, o governo João Goulart desenvolveu uma estratégia socioeconômica através do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, o qual tinha como objetivos: promover melhor distribuição das riquezas do país; reduzir a dívida externa; e diminuir a inflação, mantendo o crescimento econômico.

Vale destacar a intensa mobilização social e política que marcou o governo João Goulart, em que operários e camponeses explorados pelas classes dominantes se mobilizavam cada vez mais contra a exploração. “Eram muitas as reivindicações sociais populares com a intenção de transformar o Brasil numa sociedade mais justa e igualitária” (COTRIM, 2005, p. 553).

Para Bloch e Escorel (2005, p.91):

Tal conferência realizou-se em um momento político de intensa discussão sobre os rumos do país, com posições extremamente polarizadas em torno de modelos de esquerda e direita para o desenvolvimento social e econômico e no qual o governo federal encontrava-se disposto a partilhar as decisões de forma aberta, o que era algo extremamente inovador no Estado brasileiro.

No contexto da saúde, o governo João Goulart investiu em saúde pública construindo, em vários municípios, especialmente na Paraíba e no Rio Grande do Sul, postos do SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência), dotados de médicos, enfermeiros, medicamentos, e funcionando sob o regime de

plantão de 24 horas. Houve também a construção de três hospitais na Paraíba, que só perdia em investimentos no campo da saúde para o Rio Grande do Sul, estado do presidente João Goulart.

Após essas breves considerações acerca do contexto econômico, político e da saúde do governo Goulart, retornamos à 3ª Conferência mencionando o temário oficial, que segundo o seu regimento, pretendia examinar a:

Situação sanitária da população brasileira, distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, municipalização dos serviços de saúde e fixação de um Plano Nacional de Saúde (BLOCH E ESCOREL, 2005, p.91).

Nesse sentido, a conferência objetivou discutir a situação sanitária, para subsidiar programas de saúde necessários à saúde da população e ao desenvolvimento econômico brasileiro, uma vez que as péssimas condições sanitárias poderiam interferir na política econômica.

A 4ª CNS foi realizada no período de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no Rio de Janeiro, e foi presidida pelo Ministro da Saúde, Leonel Miranda. Teve como tema central os “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, centralizando sua discussão em torno da formação e do aperfeiçoamento dos profissionais da saúde.

A referida conferência deu-se numa conjuntura de instauração da ditadura militar desde 1964. O presidente da República era o General Costa e Silva, que assumiu a presidência no dia 15 de março de 1967, governando o país até 1969. Foi um governo marcado por intensa política repressiva, aumentando as manifestações públicas em oposição à ditadura militar:

estudantes saíram às ruas em passeatas; operários organizaram greves contra o arrocho salarial; políticos de oposição fizeram pronunciamentos atacando a violência da ditadura [...]; padres progressistas discursaram sobre a fome do povo e a tortura praticada por órgãos de segurança contra os adversários da ditadura (COTRIM, 2005, p. 559).

Dessa forma, em reação às pressões da sociedade civil e dos discursos políticos de parlamentares contra o regime militar, o governo decretou o AI-5 (Ato Institucional nº 5), que era um instrumento normativo extremamente autoritário,

concedendo ao presidente da República poderes para proibir qualquer oposição ao governo.

No entanto, a criação do AI-5 preocupava o presidente Costa e Silva, que não queria passar à história dos presidentes do Brasil como o autor do referido instrumento arbitrário, entregando ao vice-presidente Pedro Aleixo a tarefa de elaborar um anteprojeto para uma nova Constituição.

No plano econômico foram nomeados Antônio Delfim Neto para conduzir o Ministério da Fazenda e Hélio Beltrão para o Planejamento. Assim, foi anunciada pelo Ministro da Fazenda a aceleração do desenvolvimento econômico mediante o combate aos índices inflacionários. “Em 1968, a economia voltou a crescer, tendo como carros-chefes o setor industrial e a construção civil. Essa fase, que se estendeu de 1968 a 1973, foi denominada milagre brasileiro, [...]” (FIGUEIRA, 2007, p. 378).

Nesta conjuntura foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde. Época de repressão, cerceamento da liberdade, censura e violência policial contra estudantes, trabalhadores e parlamentares que se opunham ao regime militar; conseqüentemente ocorreram diversas manifestações públicas em protesto à ditadura do governo.

A 5ª CNS foi realizada em Brasília, no período de 5 a 8 de agosto de 1975, na gestão do Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado. A Conferência focalizou o Sistema Nacional de Saúde, visando a formulação de uma Política Nacional de Saúde, para que fosse submetida à apreciação do Conselho do Desenvolvimento Social.

Para Bloch e Escorel (2005, p.93):

A 5ª CNS foi utilizada para legitimar, dentro de uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários das instituições – particularmente do Ministério e das secretarias de Saúde -, a dicotomia legalizada da atenção à saúde no país. Mas por outro lado teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, que previam a participação dessas populações.

À época da 5ª Conferência, o presidente da República era o general Ernesto Geisel, que governou o país no período de 1974 a 1979. Segundo Cotrim (2005), este presidente estava disposto a promover a abertura democrática no país; além

disso, integrava um grupo de militares favoráveis ao poder civil. Assim, “começou sua ação democratizante diminuindo a severa ação da censura sobre os meios de comunicação. Depois, garantiu a realização, em 1974, de eleições livres para senador, deputado e vereador” (COTRIM, 2005, p.564).

Entretanto, havia comandantes que ainda eram favoráveis ao regime militar e continuavam atuando com a mesma violência do governo anterior. Por isso, Geisel, temendo as oposições, recuou no processo de democratização, decretando uma lei que restringia o programa eleitoral dos candidatos nos meios de comunicação a um breve resumo das suas atividades políticas. Em seguida, decretou normas que determinavam que um terço dos senadores fosse escolhido pelo presidente e não pela população, marcando assim o seu autoritarismo.

No que se refere à política econômica, Cotrim (2005, p.564) afirma que:

No plano econômico, o governo Geisel elaborou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que previa a expansão das indústrias de bens de produção (máquinas, equipamentos pesados, aço, cobre, energia elétrica etc.). Para que esse plano pudesse ser colocado em prática, era necessário adquirir recursos externos. Entretanto, a conjuntura econômica mundial não era favorável. Havia o impacto da elevação dos preços do petróleo, pois cerca de 80% do produto consumido naquela época era importado, e quase metade das receitas das exportações era utilizada para pagar a conta do petróleo. Com isso, o governo ficava sem recursos para custear seus investimentos e precisava fazer novos empréstimos, que aumentavam ainda mais a dívida externa.

Assim, diante do contexto econômico e pressionado pelas oposições, o governo Geisel retomou o seu posicionamento em promover a abertura política, extinguindo o AI-5 e os demais atos que marcaram a ditadura militar.

A 6ª CNS realizou-se no período de 1 a 5 de agosto de 1977, em Brasília. O presidente do Brasil, tanto na época da realização da 5ª como da 6ª Conferência, era o general Ernesto Geisel. Teve por finalidade reunir profissionais e autoridades para discutir o temário da Conferência, o qual abordou o controle das grandes endemias, o aperfeiçoamento dos programas nacionais, a interiorização dos serviços de saúde e, sobretudo, a integração dos órgãos participantes do Sistema Nacional de Saúde.

Para Escorel, Nascimento e Edler (2005), o II Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado no governo Geisel, além do desenvolvimento econômico, reconhecia a necessidade de implementação de políticas sociais no campo da

saúde, educação e infraestrutura de serviços urbanos. No âmbito da saúde pública denunciava-se a falta de capacidade gerencial acarretando a ineficácia dos recursos públicos destinados à saúde. Para equacionar esses problemas o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), investindo recursos federais e priorizando projetos na área das políticas sociais para se legitimar perante a população.

No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, se não antagônicos, ao dominante em seu setor. Por esta brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER 2005, p. 66).

Assim, foram criados três espaços institucionais ocupados por técnicos do movimento sanitário. Segundo Scorel, Nascimento e Edler (2005, p.66), foram instituídos o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos(Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde(Ppreps/Opas), que “serviram como pilares institucionais que estimularam a estruturação e a articulação do movimento sanitário”.

Dessa forma, a conjuntura do Governo Geisel provocou transformações políticas no campo da saúde, fazendo emergir o Movimento Sanitário, que impulsionou iniciativas na direção da universalização da saúde.

De 24 a 28 de março de 1980, durante o governo de João Batista Figueiredo, realizou-se a 7ª CNS, a qual teve como tema central “A Extensão das Ações de Saúde Através de Serviços Básicos de Saúde”, cuja finalidade consistiu em discutir o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Segundo Bloch e Scorel (2005, p.95):

A 7ª CNS foi realizada num momento em que o movimento sanitário havia se articulado em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde. Em outubro de 1979, o Cebes<sup>11</sup> apresentou no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela

---

<sup>11</sup> CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o documento intitulado 'A Questão Democrática na Área de Saúde', lido por seu presidente, Sergio Arouca, adotado em todos os grupos de trabalho como documento oficial e incorporado no relatório final.

Para Cotrim (2005), no governo Figueiredo (1979 – 1985), período em que foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, diversos segmentos da sociedade civil aumentaram as críticas ao autoritarismo, reivindicando a redemocratização. Assim, pressionado por estes segmentos, o presidente se comprometeu a promover a abertura política e reinstalar a democracia.

Nesta conjuntura aumentaram as greves da classe trabalhadora contra o arrocho salarial e o regime autoritário do governo. Vale destacar as greves do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC em São Paulo, em que se localizavam as grandes e médias indústrias metalúrgicas.

Cotrim (2005) afirma que as lutas dos setores sociais pela redemocratização do país tiveram resultados positivos, como a anistia, o regresso ao Brasil dos militares que foram punidos pela ditadura, readquirindo seus direitos políticos, e o fim do bipartidarismo, em que foram criados novos partidos políticos, pois até então existiam somente a Arena e o MDB.

No contexto econômico, o governo Figueiredo não foi capaz de resolver graves problemas como a dívida externa; o país se submetia às exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI), determinando as normas para a economia brasileira; a inflação, que aumentava rapidamente, batendo recordes históricos; e os elevados níveis de desemprego, provocados pela falta de investimento no setor produtivo. Esta situação aumentou a insatisfação popular com o governo Figueiredo.

No que se refere ao âmbito da saúde, inicialmente a abertura política do governo Figueiredo e o fim do ciclo militar contribuíram para uma etapa mais promissora para o campo da saúde, uma vez que os serviços municipais de saúde passaram a ser reorganizados, além do fortalecimento do Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, o qual pretendia estender as ações e serviços em atenção básica às regiões que não interessavam às empresas de saúde, especialmente a região Nordeste.

Estas ações de interiorização eram realizadas através de uma rede de minipostos, e durante a sua implementação surgiram dificuldades para sua

manutenção devido aos altos custos e à falta de articulação com níveis institucionais mais complexos.

A expansão e a viabilização do Pias foi possível somente a partir do momento em que secretários de Saúde dos estados passaram a apoiar o programa e adotaram o modelo de intervenção do Projeto Montes Claros – (MOC).

Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.69) afirmam que:

O Projeto Montes Claros (MOC) foi uma experiência que incorporou na sua prática os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Concebendo a prática da medicina sob a ótica da ação política, o projeto MOC provou que as propostas do movimento sanitário eram exeqüíveis, inclusive, por sua capacidade de articulação com diferentes forças sociais.

Esses conceitos propugnados pelo projeto marcaram a década de 80 como formas de protestar contra o sistema de saúde do governo. Surgiram propostas que defendiam a universalização da saúde, a democratização com participação popular e um sistema de saúde com caráter público.

Em suma, as Conferências Nacionais de Saúde, desde quando foram criadas com o objetivo de intercâmbio de informações entre o governo federal e os estaduais nas questões de saúde, independentemente do contexto político e econômico em que foram realizadas, tiveram relevância nas ações do Estado no âmbito da saúde.

A 8ª CNS, mediante a participação da sociedade civil, foi o marco para que fossem instituídas as bases para a existência do Sistema Único de Saúde. A partir da 9ª CNS as propostas giram em torno da implementação e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

## 2 O CONTROLE SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES, AVANÇOS E LIMITES

### 2.1 Contextos sociais e econômicos das conferências nacionais de saúde: paradoxo entre avanços legais do Sistema Único de Saúde *versus* retrocessos neoliberais impostos pelo Banco Mundial

O neoliberalismo se expandiu mundialmente, orientando e determinando o campo social, político, econômico e cultural na maioria dos países do globo. É uma estratégia de dominação capitalista que para a classe subalterna representa uma regressão nos direitos e um retrocesso nas conquistas históricas dos trabalhadores, em favor do capital.

As transformações no capitalismo vêm acentuando sua marca destrutiva no interior da classe subalterna, refletindo no modo de vida desta classe, tanto nos seus aspectos materiais como na subjetividade do indivíduo, passando este a maior parte da sua vida em função das necessidades do capital.

Conforme Silva (1997), o capitalismo em face das suas funções de acumulação do capital e de manutenção da ordem social e econômica e da política social com sua atribuição de reprodução, (re)distribuição e consumo *coloca, a priori*, a política social numa posição oposta à política econômica.

Nesse sentido, o autor relaciona a política social de forma contraditória e complexa com o sistema capitalista, uma vez que implementar políticas sociais como resposta concreta à “questão social”<sup>12</sup> no capitalismo implica uma estreita relação entre as dimensões social e econômica.

Assim, vale destacar a assertiva de Silva (1997, p.189):

É evidente que as políticas econômicas cumprem também funções sociais. E que as políticas sociais também respondem por objetivos e metas da esfera econômica. Isso quer dizer que não é prudente estabelecer separação muito rígida entre ambas sob pena de cair num esquecimento que, em vez de favorecer, acaba por dificultar e empobrecer a análise dos fenômenos da área.

---

<sup>12</sup> Segundo Yamamoto (1988), a questão social está intrinsecamente relacionada às configurações assumidas pelo trabalho, pois se situa no âmbito da acumulação capitalista, e enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas produz desigualdades sociais. Historicamente, a questão social desponta como expressão das contradições entre capital e trabalho, tendo como pano de fundo a industrialização, o surgimento do modo de produção capitalista e o ingresso da classe operária no cenário político.

Dessa forma, consideramos que a política econômica e a política social devem ser analisadas sob a mesma perspectiva, pois a raiz dos problemas sociais está no econômico, que prioriza a acumulação do capital em detrimento do social. Quando há estagnação econômica, direta ou indiretamente, os reflexos repercutirão nas políticas sociais, dificultando a sua manutenção.

Então, surgem as chamadas políticas compensatórias, que “são precisamente aquelas destinadas a minorar os efeitos nocivos de certas políticas econômicas” (SILVA, 1997, p. 190). O econômico, sob a lógica da acumulação do capital, em vez de contribuir para a implementação de políticas sociais e abrangentes, leva o Estado, seguindo o receituário neoliberal, a intervir com ações paliativas para minimizar as mazelas causadas aos segmentos subalternos pelo sistema capitalista. Assim, esse enfoque assistencialista evidencia um retrocesso nas políticas sociais, desestruturando o caráter dos direitos sociais.

Couto (2004, p.48) afirma que:

A concretização dos direitos sociais depende da intervenção do Estado, estando atrelados às condições econômicas e à base fiscal estatal para ser garantidos. Sua materialidade dá-se por meio de políticas sociais públicas, executadas na órbita do Estado. Essa vinculação de dependência das condições econômicas tem sido a principal causa dos problemas da viabilização dos direitos sociais, que, não raro, são entendidos apenas como produto de um processo político, sem expressão no terreno da materialidade das políticas sociais.

No entanto, a Constituição brasileira de 1988, formulada para constituir um Estado de bem-estar social no campo dos direitos sociais, vem revelando um paradoxo entre o assegurado no texto constitucional e a realidade de uma sociedade extremamente desigual.

Para Couto (2004), os governos sucessores à década de 80 seguiram as orientações determinadas pelo Consenso de Washington<sup>13</sup>, “o que, por si só, criou uma dupla implicação” (COUTO, 2004, p.140), por um lado criou-se uma expectativa no sentido de ampliar os direitos sociais e por outro; a adoção das orientações do

---

<sup>13</sup> Para Rizzotto (2000), O Consenso de Washington se originou de um encontro realizado na capital americana, em novembro de 1989, onde se reuniram funcionários do governo americano, economistas, representantes do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional e do Banco Interamericano de Desenvolvimento para estabelecer um conjunto de recomendações de políticas econômicas a serem aplicadas em países da América Latina, incluindo o Brasil, a partir de 1989.

mencionado Consenso na formulação da política econômica nacional, retirando a intervenção estatal da área social.

Assim, trata-se de uma estratégia que coloca o campo dos direitos numa posição de subalternidade ao modelo econômico, tal como propõe o Consenso de Washington, o qual direciona as políticas sociais em conformidade com a política econômica. Estamos numa sociedade capitalista em que a concentração de renda e a acumulação do capital se sobrepõem às demandas por saúde, educação, trabalho, habitação, assistência social, dentre outras necessidades sociais.

Na análise de Couto (2004, p.141):

O Brasil que em 1985 apresentava uma nova face no que se refere ao processo de reorganização política, orientado sob a égide da democracia, também ampliou sua herança para com a face da desigualdade social. Expandiu-se o estoque de pobreza, resultante dos períodos anteriores, mas especialmente dos governos militares, que, com suas orientações econômicas de desenvolvimento, produziram um país com uma péssima distribuição de renda e aumentaram a parcela da população demandatária das políticas sociais.

Dessa forma, o Estado assume o papel regulador no combate à pobreza com políticas tratadas por um viés focal e pontual, fragmentando a questão social. Assim, escamoteia o caráter da luta de classes, demonstrando o quanto a intervenção do Estado nas políticas sociais é ineficaz, reiterando a exclusão social própria do sistema capitalista.

Enfim, enquanto as políticas sociais forem utilizadas para legitimar o poder estatal perante os segmentos subalternos, permanecendo o discurso oficial das reformas do Estado, o qual atende às exigências da política econômica, os direitos sociais jamais serão concretizados.

No que se refere especificamente à política de saúde, existe um arcabouço legal – a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, as quais criaram um sistema de saúde democrático comprometido com a saúde como um direito de todos, e que este deve ser responsabilidade do Estado, mediante as políticas sociais e econômicas. Porém, a operacionalização da política de saúde vem sendo desestruturada pelos ditames econômicos do ideário neoliberal, indicando que o aparato legal, por si só, não é suficiente para garantir o direito à saúde. A orientação neoliberal tem sido encaminhada no sentido da

privatização da saúde, desregulamentando direitos e desonerando o Estado, em que este transfere para a iniciativa privada a gestão da política de saúde.

A privatização da saúde tem sido uma das mais graves implicações decorrentes da crise contemporânea do capital, uma vez que prevalece a lógica do interesse privado em detrimento do que é público.

Temos como exemplo de privatização da saúde o Projeto Fundação Estatal de Direito Privado, no âmbito do serviço público, criado pelo governo Lula. Tal projeto foi motivado pela crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro, tendo em vista a necessidade de mudanças na gestão e objetivando agilidade e efetividade para o que está funcionando de modo insatisfatório. Isto implica a transferência de recursos públicos, repasse da gerência e da gestão de serviços para a rede privada, mediante “Contratos de Gestão” e “Termos de Parcerias”.

Segundo Granemann (2007), o referido projeto é na realidade uma contrarreforma<sup>14</sup> do Estado brasileiro no campo das políticas sociais, visto que se trata de um projeto do capital cujas medidas atendem prioritariamente aos interesses da burguesia.

No Brasil, desde o início da ditadura do grande capital e operada pelos militares, o Estado tem assumido, prioritariamente, as demandas da burguesia e quando a classe trabalhadora organiza-se em fortes lutas também algumas de suas demandas são atendidas quase sempre como direitos sociais e trabalhistas, como ocorreu com o SUS na Constituição Federal de 1988. Todavia, quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social, também o Estado tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital (GRANEMANN, 2007, p. 44).

Nesse sentido, a contrarreforma estatal possibilita à iniciativa privada se apropriar das políticas sociais do Estado para transformá-las em fontes lucrativas. Ação que através das privatizações “tem no Projeto Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (GRANEMANN, 2007, p. 45).

---

<sup>14</sup> Expressão teórica adotada por Behring (2003) para analisar o processo de desestruturação do Estado e perda de direitos na década de 90 no Brasil. Foram “reformas” estruturais assentadas no projeto neoliberal que provocaram um retrocesso nos direitos sociais, esvaziando o caráter universal das políticas públicas assegurado constitucionalmente. Foi por isso denominado pela autora como uma verdadeira “contrarreforma”

Portanto, o Projeto da Fundação Estatal de Direito Privado rebate na área da saúde, assistência social, cultura, ciência e tecnologia, meio ambiente, comunicação social e turismo nacional. É uma proposta que foi apresentada pelo Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, em tramitação no Congresso Nacional desde 13 de julho de 2007, que se contrapõe à gestão pública, à participação da população no controle social e representa uma ameaça aos direitos trabalhistas e sociais.

Com base no exposto, esse paradoxo entre o SUS legal e o SUS viabilizado na prática decorre, entre outros fatores, do protagonismo dos organismos financeiros internacionais sobre a política de saúde, em especial o Banco Mundial, o qual propõe reformas para a mencionada política.

Para Rizzotto (2000), inicialmente o interesse do Banco Mundial pela área da saúde surge no final dos anos 60, visando o combate à pobreza, pois considerava que esta era um entrave ao crescimento econômico. Somente nos anos 80 é que a saúde se apresenta como uma possibilidade de investimento a ser explorado pelo capital, configurando-se numa política a ser financiada pelo Banco Mundial, pois ao financiar projetos para o setor saúde firma sua posição de forma mais sistemática na referida política.

Dessa forma, a interferência do Banco Mundial na política de saúde nos países dependentes revela-se nos documentos elaborados por esse organismo financeiro internacional. O primeiro documento foi publicado em 1975, intitulado “Salud: documento de política sectorial”. Este documento, de acordo com Correia (2005b, p.108-109):

Compõe o conjunto de publicações de documentos de política setorial elaborados a partir de estudos setoriais da economia e da sociedade dos países devedores, os quais apontavam os problemas existentes em cada área e propunham políticas governamentais a serem seguidas para resolvê-los.

Para Correia, o documento de 1975 já apresentava reformas no setor saúde, pois segundo o Banco Mundial os segmentos da sociedade com maior poder aquisitivo tinham condições econômicas para obter os serviços de saúde dos grupos privados. Esta reforma de caráter econômico propõe baratear os serviços de saúde para favorecer a relação custo/benefício. Não convêm ao Banco Mundial procedimentos médicos complexos que demandem altos investimentos para o setor

público, por isso os recursos destinados aos programas de saúde no atendimento aos pobres devem pautar-se na eficácia em função dos custos, com uma política focalista.

O documento “Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma”, elaborado pelo Banco Mundial em 1987, estabelece propostas de reforma segundo a política neoliberal, destacando especialmente a redução da participação do Estado no que se refere ao financiamento dos serviços de saúde. “O Banco Mundial entra no debate [...] questionando uma premissa consensual entre os organismos que tradicionalmente trataram da questão da saúde: a responsabilidade dos governos na melhoria da saúde da população.” (CORREIA, 2005b, p. 111).

Rizzotto (2000), em seus estudos acerca do Banco Mundial e da questão da saúde, faz uma análise do interesse do Banco em intervir na política de saúde. Refere que o fator determinante está relacionado com o revigoramento do liberalismo, o que possibilitou uma crítica às políticas sociais de um modo geral e particularmente à política de saúde.

Outro motivo relevante foi a necessidade de o Banco difundir o humanitarismo diante do aumento das desigualdades sociais, em face do ajuste estrutural nos países periféricos implementado pelo próprio Banco. Sua preocupação fundamental centrava-se na acumulação do capital e no desenvolvimento econômico, daí a miserabilidade ser um empecilho à estabilidade econômica tão necessária ao projeto do capital.

Assim, nos anos 90, os programas de ajuste estrutural na economia implementados pelo Banco Mundial e os planos de estabilização recomendados pelo FMI - Fundo Monetário Internacional acarretaram o aumento da pobreza, precarizando as condições de vida da população, forçando o Banco Mundial a retomar o discurso centrado no combate à pobreza. Em 1993, o Banco Mundial produziu o relatório “Investindo em Saúde”, consolidando suas orientações acerca da política de saúde, em que ressalta a importância do desenvolvimento econômico e que por meio deste seria alcançado o desenvolvimento social, e assim mais uma vez sobrepondo o fator econômico ao social, apesar de sua aparente preocupação com a pobreza.

Para Rizzoto (2000, p.121):

Diante dessa realidade, dos questionamentos quanto às razões de sua própria existência e do fracasso no combate à pobreza, o Banco Mundial, [...] pode admitir, sem o temor do contraponto socialista, que a pobreza é parte constituinte deste mundo. Assumindo esta condição como algo natural, caberia àqueles que se preocupam com a harmonia do sistema o papel de propor políticas e estratégias que buscassem aliviar o sofrimento dos que vivem na condição de pobre ou abaixo desta condição. A saúde começaria, então, a ganhar espaço nos discursos do Banco, passando a se constituir em importante instrumento para o alívio da pobreza.

Dessa forma, esse aspecto humanitarista adotado pelo Banco visualiza a saúde como uma benesse concedida por um Estado benevolente e não como um direito universal que legitima a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Sob o ponto de vista da concepção ampliada de saúde consolidada na Constituição brasileira, os documentos analisados demonstram que o Banco Mundial propõe uma agenda de contrarreformas na política de saúde brasileira, na contramão dos direitos assegurados constitucionalmente.

Na análise de Rizzotto (2000), a atenção à saúde subordina-se à lógica do crescimento econômico em detrimento do social, em que o Banco, ao empreender programas de ajuste e estabilização macroeconômica, vincula a necessidade desse ajuste aos ganhos em saúde, pois uma preocupação nos documentos do Banco é a de que níveis mais elevados de saúde contribuem para equilibrar o sistema, devido à sua necessidade de acumulação do capital.

Quando a questão econômica emerge como um fim em si mesmo, acima de qualquer outro valor, a saúde e a própria vida humana não têm muito significado; apenas representam um custo e expressam a quantidade de braços e músculos funcionantes, disponíveis e necessários para o trabalho ou para o consumo (RIZZOTTO, 2000, p. 124).

O financiamento de projetos na área da saúde pelo Banco Mundial (BM) é essencial na proeminência do Banco nesta área, pois além de financiar, determina quais as condicionalidades a serem seguidas pelos países devedores, legitimando-se assim como protagonista em nível mundial no setor saúde. “Ao tempo que os países devedores ficavam reféns do BM e da agenda de reformas por ele recomendada” (CORREIA, 2005b, p. 115).

Para o Banco Mundial a intervenção do Estado deveria se restringir às ações de caráter de bem público, por considerar o indivíduo o centro de todo o processo e

que todos podem se beneficiar de um bem público. Dessa forma, definiu os “serviços de saúde pública” e os “serviços clínicos essenciais”, os quais integraram a agenda das propostas de reformas para o setor saúde.

Os “serviços de saúde pública” visam a prevenção de doenças, como exemplos, a imunização, a educação nutricional, o planejamento familiar, a prevenção da AIDS, entre outros. Os “serviços clínicos essenciais” visam curar as enfermidades, tratando os indivíduos que já se encontram enfermos. Inclui-se aí o controle da tuberculose, controle das DST’s desnutrição aguda, sarampo etc. Assim, através desses serviços o Banco Mundial delimita a ação estatal no campo da saúde.

Conforme Correia (2005b, p.118):

A forma de administrar os serviços de saúde financiados pelo governo recomendada pelo BM, prevê a descentralização de responsabilidades para instâncias não governamentais, desresponsabilizando o Estado da execução desses serviços, mas repassando recursos públicos para subsidiá-los, além de reforçar a linha de contratação de serviços de terceiros disponíveis no mercado. [...] A descentralização da execução de serviços de saúde para a sociedade civil, sob o discurso do protagonismo desta, tem conduzido as reformas no setor implementadas na década de 90 nos países da América Latina.

As orientações do Banco Mundial na política de saúde brasileira constam em três documentos que determinam o conjunto de propostas para a reforma no setor saúde. O primeiro documento foi elaborado em 1991, “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”; o outro, em 1995, com o título “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”; e o terceiro documento, elaborado em fevereiro de 2007, denominado “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”.

Segundo Correia (2005b), o primeiro e o segundo documento vão de encontro aos direitos assegurados no sistema de saúde brasileiro, contidos na Constituição de 1988. “Estes documentos defendem também a redução dos recursos destinados à saúde, em coerência com as políticas de ajuste dos organismos financeiros internacionais que exigem corte de gastos públicos” (CORREIA, 2005b, p.121).

Estas orientações se confrontam com o assegurado legalmente para a saúde na Constituição de 88 e nas Leis Orgânicas, resultando no tensionamento de dois projetos para a saúde na década de 90: um voltado para a consolidação de um sistema de saúde pública – o SUS, defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, e outro voltado para o mercado, que tem se constituído em uma contra-reforma no sentido de perdas ao garantido na lei (CORREIA, 2005b, p.119).

Nesse sentido, o Banco Mundial defende a mercantilização da saúde em sua agenda de reformas, em que as instituições públicas atendem a população pobre, destinando à rede privada o atendimento aos serviços de média e alta complexidade<sup>15</sup>, pois são mais rentáveis, e assim favorecendo a expansão econômica. Isso implica a quebra da universalidade, uma vez que sugere a seletividade no acesso aos serviços de saúde.

Para Rizzotto (2000), a agenda de reformas nos anos 90 para a política de saúde no Brasil encontra-se sistematizada de forma precisa no documento de 1995, cujas propostas alteram significativamente o arcabouço jurídico do setor saúde brasileiro, uma vez que tem como fator preponderante a lógica do mercado, em detrimento de serviços de saúde de acesso universal. Assim, a autora refere-se às propostas de:

Flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do Sistema de Saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios-padrão; limitação do acesso a serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de copagamentos; ênfase no controle dos resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado; e do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, como o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e a fiscalização e o controle médico-sanitário (RIZZOTTO, 2000, p. 163).

Constata-se que a reforma implementada no Brasil pós-95, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, absorveu as orientações determinadas pela agenda do Banco Mundial, atendendo às exigências do referido Banco, mostrando que não

---

<sup>15</sup> Segundo a NOAS-2001(Norma Operacional da Assistência à Saúde), “A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade” (2001).

foi uma “reforma”, mas uma contrarreforma que anulou os direitos conquistados na área da saúde.

Foi elaborado, em 1995, um documento conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado – ‘Sistema de Atendimento de Saúde do SUS’ – que sintetiza a proposta de reforma para este setor, em consonância com o documento elaborado pelo Banco Mundial de 1995 ‘A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90’ (CORREIA, 2005b, p. 122).

Este documento contém propostas de reforma em consonância com os ditames do Banco Mundial, pois defende a iniciativa privada em detrimento de um sistema público de saúde, aumentando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Propõe ainda a descentralização, no sentido de transferir a responsabilidade do Estado pela assistência à saúde para a sociedade. A estratégia é a retirada do Estado da sua responsabilidade social para que a sociedade assuma os custos da crise, executando os serviços sociais. São elementos coerentes com o ideário neoliberal para as reformas nos países periféricos, que coloca a política de saúde brasileira numa posição antidemocrática e antipopular.

Outro documento produzido pelo Ministério da Saúde em setembro de 1995, denominado “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, também segue as orientações recomendadas pelo Banco Mundial, comprometendo-se a modificar a estrutura organizacional do sistema de saúde nacional, mediante as seguintes diretrizes:

(1) a instalação de um processo permanente de mudança cultural, em que o cidadão será cada vez menos um paciente e cada vez mais um cliente e agente participante do setor saúde em várias instâncias e oportunidades; (2) a consolidação de um sistema público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada e reconhecida e com teleinformatização abrangente e oportuna à conscientização social e aos centros decisórios gestores; (3) a organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; (4) o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução de gastos; (5) a adoção de modelos técnico-operacionais inovados e inovadores; (6) o estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação e; (7) uma prática gestora permanentemente descentralizadora e desconcentradora (BRASIL, 1995a, p.16, *apud* CORREIA, 2005b, p.124).

O terceiro documento do Banco Mundial expõe orientações para a política de saúde brasileira, sendo denominado “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de

Recursos”. Elaborado no segundo mandato do presidente Lula e apresentado em fevereiro de 2007, propõe a racionalização dos gastos públicos do sistema de saúde, acreditando que isto poderá contribuir para aumentar a qualidade da gestão na política de saúde.

Dessa forma, este terceiro documento do Banco Mundial faz uma crítica às falhas de governança que refletem no desempenho do setor saúde, ou seja, “à falta de incentivos e de accountability (autonomia de gestão) que garantem que os serviços sejam viáveis financeiramente e que sejam de qualidade aceitável, sendo dois fatores essenciais para o fortalecimento do *status* da saúde” (BANCO MUNDIAL, 2007, *apud* CORREIA, 2008, p. 165).

Nesse sentido, o documento desresponsabiliza o Ministério da Saúde pela execução dos serviços de saúde, propondo que a execução desses serviços seja da competência do setor privado, através de contratos de gestão celebrados com o Estado, ficando o Ministério da Saúde com a atribuição de coordenador desses serviços.

Diante do exposto no referido documento, a proposta “é o de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não-estatais, através do contrato de gestão mediante transferências de recursos públicos” (CORREIA, 2008, p. 166). Assim, a privatização da saúde sob a justificativa da “ineficiência” e da “baixa qualidade de serviços” do SUS quebra o princípio da universalidade do sistema público de saúde.

Em síntese, o receituário do Banco Mundial para orientar a política de saúde brasileira, em que os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde demonstram que estão em consonância com a política neoliberal assumida pelo BM nos anos 80, vem ao longo das duas últimas décadas contribuindo para enfraquecer o SUS constitucional.

As dificuldades e limites postos pelo ajuste neoliberal, que busca responder às exigências da globalização capitalista, provocando o desemprego, o crescente trabalho informal e, sobretudo, cortes nos gastos públicos, refletem no SUS como política social.

Ressalta-se que os participantes das Conferências Nacionais de Saúde se posicionaram contrariamente ao projeto neoliberal, cujo modelo econômico dificulta

a consolidação do SUS. Daí pode-se afirmar que a luta pela defesa do SUS tem se dado nos espaços das Conferências, entre outras instâncias de controle social.

## **2.2 O Movimento da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde: legitimação da Proposta do Sistema Único de Saúde**

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu na época da resistência à ditadura militar e se inspirou no modelo da reforma sanitária da Itália. Seu pressuposto fundamental era a democratização da saúde, visando profundas reformulações no sistema de saúde brasileiro em direção à universalização do acesso à saúde.

Bravo e Matos (2004, p.32) afirmam que:

O movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade.

Dessa forma, o Movimento Sanitário, iniciado nos anos 70 e que se constituiu em um grupo organizado de lideranças políticas, parlamentares vinculados à saúde e intelectuais na área da saúde, em que a maioria desses membros era do Partido Comunista Brasileiro e tinham uma história de luta no campo da saúde, fortaleceu o debate teórico acerca do setor público em oposição aos serviços privados de saúde. Foi um movimento de crítica e indignação às condições precárias de saúde, que buscou combater o modelo médico-assistencial privatista.<sup>16</sup>

Conforme Gerschman (1995, p.41):

Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. Foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária italiana e desempenhou, também, um papel importante em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), e nas experiências

---

<sup>16</sup> Para Paim (1993), o modelo médico – assistencial privatista, predominante no Brasil, está voltado para o atendimento da chamada “demanda espontânea” e conseqüentemente é um modelo que estimula os indivíduos a buscarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Privilegia o curativo em detrimento da promoção e da prevenção, e não se compromete com a existência de problemas de saúde da população. Ressalta ainda que este modelo privatista não é exclusivo do setor privado; está presente também nos serviços públicos de saúde, uma vez que não se preocupa em atender o indivíduo e a comunidade de forma integral. Não contempla a situação da saúde em sua totalidade.

alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70. A partir da abertura política e no período em que ia bem avançada a transição à democracia passou a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, assim como, nos governos estaduais e municipais.

Segundo Gerschman (1995), o projeto da reforma democrática constituída na luta do Movimento Sanitário iniciou-se com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de Medicina, na década de 70, difundindo-se a partir daí a visão crítica da saúde. Surgiram os primeiros avanços na política de saúde direcionados à construção de um sistema de saúde de acesso universal, descentralizado e regionalizado, e que fosse controlado pela população.

Tal projeto reformador pautava-se numa ampla crítica ao modelo médico-assistencial privatista, que foi hegemônico durante a década de 70, levando à expansão do setor privado, provocando a ineficiência do sistema público de saúde.

Gerschman (1995, p.42)relata que:

O Programa de Ações Integradas de Saúde que se desenvolveu no interior da Previdência Social, propunha mudanças na relação entre o setor público/privado, passando a privilegiar o financiamento do setor público. Pretendia-se também alterar o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna ao setor público, e dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços. Ainda que se tratando de experiência parcial, pois seria implementada apenas em alguns Estados e Municípios, a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciada em 1982, previa de maneira incipiente a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, o que se constituiria também numa primeira tentativa de descentralização do Sistema de Saúde.

Dessa forma, percebemos no relato da autora que o Programa de Ações Integradas de Saúde, na década de 80, pretendia descentralizar o sistema de saúde modificando a relação público/privado, no sentido de privilegiar o financiamento do setor público para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. As ações e serviços de saúde públicos e privados ocorrem para garantir o acesso universal, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, modificando assim o modelo médico-assistencial predominante.

A percepção de que saúde é ausência de doença é bastante antiga e esteve presente nas campanhas de saúde pública e na medicina previdenciária na década de 30. Atualmente ainda encontramos essa percepção em alguns profissionais da medicina, visto que intervêm no sentido de recuperar a saúde do indivíduo mediante

procedimentos médicos centrados numa prática curativa, prevalecendo a lógica do adoecimento do indivíduo.

Conforme Bravo e Matos (2004), a conjuntura brasileira de 1930, em que provocou modificações econômicas e políticas na sociedade, favoreceu a formulação da política de saúde, a qual foi subdividida em saúde pública para aqueles que não estavam inseridos no mercado formal de trabalho e medicina previdenciária para os que estavam no mercado formal de trabalho. “A saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias” (BRAVO; MATOS, 2004, p.26).

A medicina previdenciária instituiu um sistema corporativista que prestava assistência médica aos trabalhadores por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, e depois, em 1933, foram substituídas, progressivamente, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujo atendimento ao trabalhador dava-se por categoria profissional, ou seja, industriários, bancários, comerciários, portuários, entre outros. Os IAPs, além dos benefícios previdenciários, desenvolveram também serviços de saúde, sendo unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966.

Na análise de Gerschman (1995, p.42):

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças. Transformações são necessárias na política de saúde para que isto se efetive. Assim, as políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram: a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e, por último, a readequação financeira do setor.

Nesse sentido, percebemos que Gerschman ao enfatizar o projeto da Reforma Sanitária, que defendia a ampliação do conceito de saúde como necessária à transformação da política de saúde, contempla também uma reflexão sobre o controle social no Sistema Único de Saúde, considerando fundamental a participação da população na reorganização dos serviços de saúde.

Portanto, convém ressaltar a afirmação de Cavalcanti e Zucco (2006, p.70):

A saúde passou então a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida-biológica, social, econômica e cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes da organização das relações sociais de produção e, conseqüentemente, da inserção dos cidadãos no sistema e de como se mantêm e se reproduzem socialmente. Nesse sentido, a saúde é apreendida como dimensão essencial da qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também, dialeticamente, é fruto desse desenvolvimento.

De acordo com as autoras mencionadas (2006), o sistema de saúde brasileiro, no período de 1964 a 1974, privilegiava o setor privado e a medicalização da saúde em detrimento dos serviços públicos de saúde, mantendo uma política de saúde excludente, uma vez que buscava a lucratividade do sistema à medida que o Estado se articulava “com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.69). A política de saúde brasileira mais uma vez se desvalorizava perante a política econômica imposta ao país.

No final da década de 70, o sistema de saúde vigente passou a ser questionado por diversos segmentos da sociedade civil, demarcando o surgimento de novas relações entre Estado e sociedade. O direito à saúde vinculada à previdência social, excluindo a população que não contribuía para a previdência, estabeleceu sérias desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde, fazendo com que novos sujeitos políticos surgissem no cenário e passassem a pressionar o Estado por uma política de saúde universal e equitativa.

Dessa forma, a correlação de forças que os sujeitos políticos do Movimento Sanitário estabeleceram com o Estado reivindicava a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde como um direito social e de responsabilidade do Estado, e conseqüentemente a democratização da política de saúde.

Assim, propostas do mencionado movimento visavam o reordenamento e a reestruturação do setor através da implementação de um sistema único, democrático, acessível e socialmente equitativo, integrando todos os serviços públicos de saúde em torno de um novo pensamento sobre a saúde individual e coletiva. Portanto, na esfera da saúde encontra-se um movimento sanitário

mobilizado e articulado em torno de um projeto de saúde com uma dimensão política e social.

O Movimento da Reforma Sanitária impulsionou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Uma das propostas do movimento sanitário era incluir o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social no Ministério da Saúde, para que todos tivessem assistência à saúde, antes restrita aos previdenciários, além de subsidiar as discussões sobre o setor saúde na futura Constituição.

Na análise de Bloch e Escorel (2005, p.99), o ideário da Reforma Sanitária foi incorporado pela 8ª Conferência:

A 8ª CNS foi a grande matriz da Reforma Sanitária, sendo um dos seus resultados práticos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a inclusão dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária proposta pela conferência na nova Constituição brasileira.

Na mesma direção, Carvalho (1995, p.55) afirma que a 8ª Conferência:

Mais do que reconhecer e propor a formalização de espaços institucionais para a disputa entre atores com interesses conflitivos, as propostas emergentes da conferência reconhecem expressamente um campo de interesses a ser privilegiado – o dos excluídos – cuja participação deve ser garantida como forma de “garantir” sua inclusão no sistema.

Para o autor a 8ª Conferência representou mais do que um processo de lutas e articulações na mobilização de sujeitos envolvidos em uma diversidade de interesses conflitantes, pois foi reconhecida a necessidade de participação dos excluídos no sistema, em que democraticamente todos devem ser inseridos na política pública de saúde.

Nesse sentido, a Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde, assegurando em seu texto os princípios da universalidade, integralidade, equidade, gestão descentralizada e a participação da comunidade, atendendo em grande parte as proposições defendidas pelo Movimento Sanitário.

É evidente que esta conquista não foi fácil, visto que, durante o processo que levou a ela, (Constituição de 1988), foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), que defendia a privatização dos serviços de

saúde, e outro denominado Plenária Nacional de Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social (BRAVO; MATOS, 2004, p.33).

Na perspectiva de Eugênio Vilaça Mendes (2001), a Reforma Sanitária brasileira se materializou através do artigo 196, seção que trata da saúde na Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.” As duas leis mencionadas compõem o conjunto da LOS – Lei Orgânica da Saúde.

A 8ª Conferência foi realizada entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília – Distrito Federal, e contou com a participação de aproximadamente 4.500 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Esta Conferência difere das realizadas anteriormente pelo seu caráter democrático e pela participação social. Democrático devido à significativa representação dos segmentos da sociedade civil e participativa pela realização das conferências municipais e estaduais como etapa preparatória à Conferência Nacional de Saúde.

As Conferências anteriores eram realizadas apenas com a participação de deputados, senadores e técnicos do setor saúde, que eram convidados pelo Ministério da Saúde. Não havia etapas preparatórias e eram intraministérios.

Conforme Escorel (2008), vários grupos que fizeram passeatas exigindo participar da 8ª CNS foram aceitos como observadores, tendo em vista que “o desenho do SUS foi todo formulado na 8ª Conferência, assim como todo o seu funcionamento” (idem, p.11), demonstrando a relevância dos temas para a saúde.

Esta conferência foi realizada no período em que o presidente do Brasil era José Sarney, num contexto histórico de um processo complexo de transição do regime da ditadura militar que o país vivia desde o golpe de 1964 para o regime civil. Durante toda a década de 80 viveu-se um período de intensa efervescência política, de lutas, de negociações para a construção do SUS, quando foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS para elaborar um documento a ser entregue

à Assembleia Nacional Constituinte instalada em 1987, e em outubro de 1988 o SUS consolidou seu marco legal na Constituição Federal.

Conforme Krüger (2005), o presidente José Sarney, que em seu governo priorizava a área social com o discurso “Tudo pelo Social”, estabeleceu a saúde como um bem a ser tutelado pelo Estado e pela sociedade, defendendo a necessidade de reorganização do sistema de saúde e denominando a Conferência como a “pré-constituente da saúde no Brasil”.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde abordou o tema central “Democracia é Saúde”, subdividido em três eixos temáticos: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial; ressaltando a intenção de viabilizar a Reforma Sanitária.

O primeiro eixo temático “Saúde como direito” implica ampliação conceitual de saúde, considerando a saúde como o “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p.4). Assim, a saúde determina-se pelas condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, lazer, trabalho, entre outros fatores condicionantes.

O conceito de direito à saúde que permeou as proposições desta conferência considerou o contexto histórico e de desenvolvimento da sociedade, devendo tal direito ser materializado mediante responsabilidade do Estado com a política de saúde e as demais políticas públicas. Ou seja, segundo o Relatório Final (1986), a intersetorialidade é pressuposto fundamental na integração da política de saúde com as políticas econômicas e sociais, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e que o controle social pela população sobre a formulação, gestão e avaliação das políticas sociais é um componente intrínseco à intersetorialidade.

No entanto, apesar dos avanços conceituais acerca da saúde, os participantes da 8ª Conferência reconhecem as dificuldades e limitações na aplicação prática do direito à saúde, decorrentes de uma sociedade capitalista em que as desigualdades sociais e regionais são de ordem estrutural.

Conforme o Relatório Final:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (BRASIL, 1986, p.5).

A 8ª Conferência debateu ainda sobre a necessidade de reorganização do setor público, considerado ineficiente e de pouca eficácia, resultando em baixa qualidade dos serviços. “Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar” (BRASIL, 1986, p.6).

Dessa forma, a discussão e os caminhos propostos neste primeiro eixo temático centravam-se em torno de uma política de saúde que atendesse aos interesses dos usuários dos serviços, posicionando-se contrariamente à mercantilização da saúde, visto que a mercantilização desqualifica o princípio do acesso universal à saúde, amplamente defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, que busca fortalecer o sistema de saúde pública.

O segundo eixo temático, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, propôs a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, a ser regido pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da população.

O Relatório Final propôs a construção do Sistema Único de Saúde que contribuísse para separar a saúde da previdência social, definindo as principais atribuições referentes à política de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, como estratégia de organização e funcionamento do sistema.

Ainda conforme o relatório da mencionada Conferência, o “Financiamento do Setor Saúde”, que se constituiu no terceiro eixo temático, propôs a implantação de um orçamento social, a ser dividido em parcelas de recursos destinadas às políticas sociais, cabendo à política de saúde formar um fundo de recursos denominado Fundo Único Federal de Saúde, não somente no nível federal, mas também nos níveis estadual e municipal. Tais fundos de saúde devem ser geridos

“conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada” (BRASIL, 1986, p. 19).

A 8ª Conferência propôs que a responsabilidade pelo financiamento da saúde seja atribuição do Estado, sendo a política descentralizada e efetivada mediante uma ampla reforma tributária vinculada à participação dos Estados e municípios.

Para Krüger (2009, p. 99):

Das três temáticas a do financiamento foi a menos sustentada, pois as propostas mencionam a intencionalidade, mas com poucos encaminhamentos para viabilização, no sentido de indicar o percentual de cada fonte dos recursos destinados à saúde.

Enfim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi determinante na história da política de saúde brasileira, demarcando novos conceitos acerca da saúde, ou seja, propôs a ampliação do conceito de saúde para que o indivíduo fosse compreendido numa dimensão biopsicossocial, uma vez que a saúde não se restringe apenas ao aspecto biológico. Dessa forma, essa concepção avançada do processo saúde-doença possibilitou que outros profissionais, além do médico, atuassem na política de saúde. Vale lembrar que tais avanços são resultados da luta do Movimento Sanitário, os quais representam para a sociedade brasileira a materialização do conceito ampliado de saúde.

#### 2.2.1 A participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Democracia é Saúde”

A 8ª Conferência não trata de um tópico específico sobre o tema “Controle Social”, o qual será tratado nas conferências posteriores, mas deixa implícito o controle social como sinônimo de participação, pois foi “na segunda metade da década de 80 que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado” (CORREIA, 2005b, p. 70).

O tema central “Saúde é Democracia” refletia a conjuntura política da época. Vivia-se um período sedento por mudanças pela redemocratização do país, em que setores progressistas da sociedade civil lutavam pela democratização na saúde.

Neste sentido, o direito à saúde seria conquistado pela população em suas lutas num determinado contexto histórico da sociedade brasileira.

Assim, a 8ª Conferência foi um marco na história da política de saúde e o seu Relatório Final foi a via de acesso à proposta da Reforma Sanitária e à construção do SUS. Trata-se de um importante espaço democrático e representativo no que se refere à defesa da saúde como um direito de todos os brasileiros.

É importante destacar a existência de um documento que, na visão de Correia (2005b, p.170), foi:

Um marco da articulação do Movimento Sanitário com sindicalistas de várias categorias, parlamentares, Movimentos Comunitários e Associativos deu-se, em 1979, com a adesão destes ao documento: “A questão democrática na saúde” – que já continha a idéia de criação do SUS. Este documento foi apresentado no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, e, ao ser aprovado, passou a ser a plataforma do Movimento Sanitário.

Assim, as propostas do Movimento Sanitário subsidiaram as discussões na Assembleia Nacional Constituinte e, posteriormente, contribuíram para regulamentação da seção que trata da saúde (arts. 196 a 200) na atual Constituição, revelando novas perspectivas para a saúde no Brasil que, entre 1988 e 1990, foram consolidadas na legislação da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ressaltou a necessidade da mobilização popular para defender a saúde como um direito universal a ser incluído na Constituição de 1988.

De acordo com o Relatório Final:

É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos para que se inscrevam na futura Constituição: a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional; a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (BRASIL, 1986, p. 8-9).

Nesse sentido, o Relatório Final aponta a necessidade de uma campanha nacional em defesa da universalização da saúde e do caráter público desta, que deverá ser garantida pelo Estado através das políticas públicas. Por isso, destaca o movimento de mobilização popular como forma de controle social para que as proposições discutidas na 8ª CNS fossem asseguradas na Constituinte.

De acordo com o Relatório Final da 8ª CNS, a participação concebida na perspectiva do controle social foi um dos eixos de debate, direcionando-a em torno da capacidade de intervenção da população na formulação, execução e avaliação da política de saúde, no qual o controle social foi apontado como um dos princípios para a democratização do sistema de saúde.

Partindo dessa constatação, consideramos que os participantes da Conferência perceberam a participação como uma forma de controle social sobre as ações do Estado, visto que o “controle social participativo” é fundamental na luta pela garantia da saúde como um direito de todos.

É importante ressaltar que as proposições em torno da constituição de Conselhos de Saúde como mecanismos de controle social também foram alvo de debates da 8ª CNS. Seja no âmbito nacional, estadual, municipal, regional ou local, os conselhos possibilitam a participação da sociedade na política de saúde.

Conforme o Relatório Final da Conferência:

Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações (BRASIL, 1986, p. 17-18).

Nas demais esferas do território brasileiro os participantes propuseram que:

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (BRASIL, 1986, p. 18).

Com base no exposto, consideramos que as proposições de controle social na 8ª CNS giraram em torno da participação social na política de saúde e da implementação de Conselhos de Saúde nos níveis correspondentes do governo como forma de exercício do controle social.

### **2.3 A 9ª Conferência Nacional de Saúde e a Municipalização da Saúde**

O tema central da 9ª Conferência foi “Saúde: municipalização é o caminho” e foram discutidos quatro subtemas: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implantações do SUS e Controle Social. A partir da 9ª CNS o controle social passou a ser discutido de forma mais específica, seja como subtema ou integrando o eixo central das Conferências. Foi presidida pelo Ministro da Saúde Adib Jatene. O objetivo era a discussão acerca da municipalização da saúde como estratégia de implementação do SUS, cuja regulamentação ocorreu na Constituição Federal de 1988.

Durante a referida Conferência defendeu-se a ideia de que a municipalização não deveria se restringir apenas ao repasse de verbas, mas constituir-se num tema a ser debatido em sua totalidade, considerando a saúde como qualidade de vida em todos os seus aspectos, além de contribuir para a efetiva gestão do sistema municipal de saúde descentralizado, com direção única e controle social.

Nesta Conferência participaram aproximadamente três mil delegados e 1500 observadores nacionais e internacionais, que vivenciaram a conjuntura marcada pelos conflitos do movimento *pró-impeachment* do presidente Collor. Foi precedida por um amplo debate nas etapas municipal e estadual, em que participaram da etapa nacional mais de 50% dos municípios brasileiros, representando a vontade da sociedade brasileira com o processo de democratização da saúde.

A realização da Etapa Nacional, entre 9 e 14 de agosto de 1992, evidenciou que o processo da IX CNS foi capaz de assegurar as condições básicas que a reafirmam como extraordinário mecanismo de democratização de ação estatal. Dentre essas condições merecem destaque a inquestionável representatividade de seus participantes; a maturidade do setor, observada nos debates e nas decisões da plenária final; a forma democrática com que se desenvolveram os trabalhos e o empenho de todos na busca de soluções para os problemas de saúde que afligem nossa população. O caráter paritário da representação assegurou aos usuários a condição de sujeitos no processo de formulação da política de saúde, permitindo-lhes

expressar suas necessidades e escolher alternativas de solução, prescindindo de porta-vozes. A forma democrática e transparente de condução do processo de organização da IX CNS foi responsável também pelo clima de confiança mútua que viabilizou negociações em torno de questões polêmicas, bem como a solução de problemas operacionais inevitáveis em eventos desse porte (BRASIL, 1992, p.6).

Após vários adiamentos desde 1990, a 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no período de 9 a 14 de agosto de 1992, em Brasília. Tais adiamentos foram causados pela resistência do governo Collor em realizá-la, uma vez que a referida Conferência representava para o governo uma série de reivindicações por melhorias no sistema de saúde pública.

Este (o governo), sabedor dos avanços que essa conferência poderia representar no sentido de universalização do direito à saúde, e da inevitável 'cobrança' por mais verba para o setor, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica, pelo efetivo controle do Estado sobre os convênios com a rede privada e pela transparência de decisões quanto às políticas de saúde, evitou o quanto pôde a realização desta conferência. Foi somente próximo da votação do *impeachment*, quando Collor sentia-se já sem força política, que cedeu às pressões e deu o sinal verde para a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992 (BLOCH; ESCOREL, 2005, p. 101, *apud* LUZ, 1994, p. 144).

A conjuntura política à época da Conferência foi marcada por denúncias de corrupção e desmandos do governo do presidente Fernando Collor, sendo elaborada uma carta pelos participantes da Conferência à sociedade brasileira, ressaltando a defesa da vida e da ética na política. A gravidade das denúncias no período pré-*impeachment* levou a Câmara dos Deputados a instituir uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI objetivando investigar as irregularidades. Gradualmente foram sendo desmontados e expostos todos os atos de corrupção que desrespeitavam a ética, a moral e os interesses públicos, levando ao *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello.

A nova constituição Brasileira assegura o direito à saúde e prevê a criação de um sistema democrático comprometido com as necessidades da população. Apesar disso, esse governo violentou todos esses princípios e intensificou um período de desrespeito à ÉTICA, à moral e ao interesse público sem precedentes. Esse quadro dramático se agrava com os efeitos de uma política econômica recessiva e privatizante que concentra renda, marginaliza e exclui milhões de pessoas, características do modelo neoliberal (CARTA DA 9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA, 1992, p.15).

Dessa forma, a situação de crise na ética e na política esteve presente em todos os trabalhos da 9ª CNS por meio de críticas com relação à corrupção e contra a política econômica recessiva e privatizante que aumentou os índices de desigualdade social, provocando a miséria, marginalizando e excluindo a população da riqueza socialmente produzida, características do modelo neoliberal que estava sendo implantado no país.

Assim, é nesse cenário de mobilização política que a 9ª Conferência foi realizada em paralelo ao processo de *impeachment* de Collor. Os participantes conclamaram toda a sociedade brasileira pelo fim do governo Collor, promovendo um amplo debate em torno da consolidação da democracia.

### 2. 3.1 O controle social na 9ª Conferência Nacional de Saúde

No que se refere à prática do controle social evidenciou-se uma preocupação com as políticas da Seguridade Social (saúde, assistência social e previdência) como fundamental ao exercício da cidadania<sup>17</sup> e que tal controle somente poderá se efetivar se a autonomia e a independência dos movimentos populares forem respeitadas na busca por soluções para as questões de saúde. “No campo da Seguridade Social, os Conselhos [...], com representação do Estado, trabalhadores, usuários, empresários e profissionais do setor são instrumentos privilegiados para o exercício do controle social” (BRASIL, 1992, p. 33).

A participação das associações, sindicatos, partidos políticos, entre outros movimentos populares, na luta pela transformação social, mantendo sua autonomia e independência perante o gestor para evitar sua manipulação, foi considerada fundamental pela 9ª Conferência.

Conforme o Relatório Final:

---

<sup>17</sup> Segundo Holloway (1982), o conceito de cidadania, considerando a perspectiva marxista, passa a ser reformulado. Ou seja, na concepção liberal a cidadania é uma sociedade justa e igualitária composta por cidadãos livres e iguais, independentemente de qualquer condição discriminatória, difundindo a ideia de que todo cidadão tem acesso à riqueza socialmente produzida e na perspectiva marxista existe a exploração do capital sobre o trabalho, reforçando a dominação capitalista, isto é, a abstração das relações capitalistas de produção mascara a exploração da classe dominante sobre a classe trabalhadora, transformando a luta de classes em meras demandas dos cidadãos. Assim, o exercício da cidadania no sistema capitalista, cujo fundamento é a acumulação do capital, é um processo complexo e utiliza o Estado para implementar estratégias no sentido de manter a referida exploração, ocultando o viés classista. Desse modo, o exercício da cidadania torna-se apenas um elemento no discurso oficial, entre tantos outros.

[...], é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização (BRASIL, 1992, p. 33).

O Relatório Final da 9ª CNS afirma que o controle social “não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde.” (BRASIL, 1992, p. 33). Assim, a mera formalidade das instâncias de participação não garante o controle social. A participação nas Conferências e nos Conselhos de Saúde deve se direcionar no sentido de representar os interesses da população usuária dos serviços de saúde, sendo por isso necessário o fortalecimento das entidades da sociedade civil para que não sejam cooptadas, transformando o poder real da população em mero legitimador da gestão.

No que se refere aos Conselhos de Saúde, consta no Relatório Final que não se tem cumprido efetivamente alguns pressupostos da Lei Orgânica de Saúde, como exemplos, o caráter deliberativo dos conselhos, o não cumprimento da paridade na composição dos conselhos, a falta de divulgação das ações dos conselhos, a ausência dos conselheiros na realização das conferências, entre outros fatores que caracterizam a inoperância da referida lei no que se refere ao exercício do controle social pelos conselhos.

Diante disto, a plenária final propôs o fortalecimento do controle social através da implantação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, estabelecendo um prazo de seis meses após a publicação do relatório desta Conferência; e que estes conselhos tenham autonomia financeira, constituindo-os como unidades orçamentárias em cada esfera de governo. Um conselho é autônomo quando tem condições administrativas, financeiras e técnicas para o seu adequado funcionamento. O espaço físico necessário às reuniões, apoio administrativo para o encaminhamento das deliberações e a garantia dos recursos financeiros no orçamento das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde são fundamentais para assegurar a autonomia dos conselhos, e possivelmente a eficácia de sua prática.

Com relação à paridade na composição dos conselhos, esta deve ser respeitada de acordo com os seguintes percentuais: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de governo e prestadores de serviços, conforme proposto pela 9ª CNS.

Os parágrafos 2º e 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determinam que:

Parágrafo 2.º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

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

Conforme mencionado no parágrafo 4º da referida lei, percebe-se que esta não determinou os percentuais na composição dos segmentos representativos dos Conselhos de Saúde. A composição de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representação do governo e prestadores de serviço foi considerada pela Resolução 33/1992 e mantida pela Resolução 333/2003. Ambas são resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

O Relatório Final propõe ainda que a atividade de conselheiro, por ser de relevância pública, não deverá ser remunerada, e que o “conselheiro candidato a cargo eletivo para o Poder Executivo ou Legislativo [...] deverá ser afastado temporariamente, pelo prazo de três meses” (BRASIL, 1992, p. 34).

No que se refere à gestão dos Conselhos, o relatório propõe que seja colegiada, enfatizando o aspecto deliberativo e fiscalizador destes. Apesar de os conselhos serem vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, suas ações não devem ser confundidas com a atuação dos gestores, seja estadual ou municipal. Compete ao gestor se responsabilizar pela execução da política de saúde e aos conselhos cabe deliberar, acompanhar as ações e fiscalizar a aplicação dos recursos da política de saúde, sendo o objetivo comum de gestores e conselheiros buscar melhorias nas questões que se relacionam com a saúde.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 23 de dezembro de 1992, não trata das atribuições dos Conselhos de Saúde, apenas dispõe sobre as

“Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Daí, os participantes da 9ª Conferência propuseram as seguintes atribuições:

Elaborar e aprovar regimento interno, que deverá ser revisado nas Conferências de Saúde; elaborar, apreciar e aprovar os planos municipais de saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas privadas, que sirvam apenas como instrumento de captação de recursos; aprovar as diretrizes orçamentárias, fiscalizar o repasse, avaliar as condições de funcionamento do Sistema de Saúde; receber e averiguar denúncias dos usuários quanto aos serviços de saúde, encaminhando as soluções cabíveis; apreciar, aprovar e divulgar campanhas de educação em saúde em todos os níveis do SUS, devendo ser criados mecanismos de controle sobre as propagandas de álcool, tabaco, medicamentos e agrotóxicos; estabelecer critérios para a designação de ocupantes de cargos de livre provisão; fazer cumprir a legislação pertinente à sua área de atuação, incluindo o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1992, p. 34-35).

Vale salientar que essas atribuições foram aprovadas na Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre as competências dos Conselhos de Saúde.

O funcionamento dos conselhos, em seus vários níveis, foi outro fator proposto pelo Relatório Final, caracterizando o grau de organização dos conselhos. As reuniões devem obrigatoriamente ocorrer mensalmente, e sempre que necessário, extraordinariamente, devendo também ser abertas ao público. Contribuem para o funcionamento dos conselhos: a frequência nas reuniões, a participação dos conselheiros nas discussões, uma infraestrutura básica para a realização das reuniões, que deve ser assegurada pelo Poder Público.

Discutiu-se a importância de intercâmbio entre Conselhos de Saúde e entre estes e outros conselhos da área social, visto que existem problemas comuns entre a saúde e as demais políticas públicas, sendo por isso necessária a articulação de suas ações. Assim, compreendemos que os representantes dos segmentos que compõem os Conselhos não devem privilegiar o corporativismo em detrimento dos interesses coletivos, tendo em vista que a atuação dos Conselhos tem de ser direcionada para a efetivação dos princípios do SUS.

Com relação ao acesso à informação no sentido de viabilizar o funcionamento dos Conselhos, o Relatório Final propôs que estes tenham acesso às informações financeiras da Seguridade Social e vigilância epidemiológica; que os órgãos

governamentais e o setor privado contratado ou conveniado concedam informações referentes às competências dos conselhos, devendo também fornecer assessoria técnica, além de treinamentos para os conselheiros municipais de saúde, para que sejam capacitados no exercício das suas atribuições legais.

A divulgação de informações sobre a política de saúde e sobre o SUS articulada com o Setor Educação deve ser veiculada para o público em geral com transparência através dos meios de comunicação. Este foi outro ponto destacado na 9ª Conferência.

Ainda no que se refere ao acesso à informação, tendo em vista o desconhecimento dos conselheiros no tocante à dinâmica de funcionamento dos conselhos, os participantes propuseram a criação de cartilhas para seus representantes, sobre legislação, atribuições e competência dos Conselhos.

O acesso à informação foi considerado pela 9ª Conferência como fundamental para garantir a democratização do SUS. “O controle das atividades de saúde por parte da sociedade só é possível se houver acesso livre à informação de boa qualidade [...]” (BRASIL, 1992, p.38), e principalmente deve haver transparência nas administrações, garantindo à população o acesso às informações no que se refere aos gastos públicos provenientes dos tributos pagos pela população.

Para a divulgação de informações acerca dos serviços de saúde foi proposta a criação de um Sistema Nacional de Informações de Saúde, tendo em vista que a informação e a comunicação são relevantes nesse processo de garantia pelo direito à saúde, visando ampliar a participação e o controle social.

No tocante aos Conselhos Gestores, o relatório da 9ª Conferência propôs a obrigatoriedade da implantação e o fortalecimento destes Conselhos em todas as unidades prestadoras de serviços no âmbito das políticas da Seguridade Social – saúde, assistência e previdência –, respeitando o caráter paritário, deliberativo e controlador no seu nível de atuação.

Enfatizou também a participação dos Conselhos Gestores no processo anual de elaboração e definição do orçamento, estimulando a participação da sociedade civil na gestão pública para que os gastos públicos destinam-se a beneficiar a coletividade, impulsionando o controle social numa perspectiva democrática.

Com relação às Conferências de Saúde definiu que são “foros deliberativos, fundamentais para a democratização do processo decisório e debate e difusão das melhores alternativas para a saúde do cidadão” (BRASIL, 1992, p. 36). Dessa forma, as conferências são consideradas neste relatório como instâncias de discussão sobre políticas e ações de saúde.

Para Bloch e Escorel (2005, p. 87), com base no Relatório Final, as propostas da 9ª Conferência para assegurar que seja cumprido o objetivo das conferências mencionadas acima são:

a garantia do caráter deliberativo das conferências por meio de lei específica; a obrigatoriedade de realização das conferências em todos os níveis com periodicidades diferenciadas – municipal, no máximo de dois em dois anos, estadual, de dois em dois anos, e nacional, de quatro em quatro anos; a possibilidade de que os respectivos conselhos convoquem, extraordinariamente, as conferências; a orientação de que a data da realização das conferências não coincida com o calendário eleitoral da instância respectiva; a exigência de que o poder público se responsabilize pela participação dos delegados nas conferências nos diversos níveis, de forma a assegurar a efetiva participação de todos; a limitação a 20% do total dos delegados representando as instituições federais e entidades de âmbito nacional, para que os delegados eleitos na etapa estadual constituam a maioria nas Conferências; a elaboração de um documento (denominado tese guia) baseado nos relatórios das etapas estaduais, a ser entregue aos delegados com antecedência mínima de trinta dias; e a divulgação dos resultados das conferências municipais e estaduais para os participantes das conferências nacionais.

A 9ª CNS propôs que o Ministério Público, por ser considerado uma instituição de apoio ao controle social, intervenha com “maior rigor no sentido de fazer cumprir o texto constitucional e a legislação pertinente à Seguridade Social” (BRASIL, 1992, p. 37); que o funcionamento dos Conselhos deve ser acompanhado e fiscalizado pelo Ministério Público, devendo enviar orientações jurídicas aos Conselhos Municipais caso tenham seus direitos desrespeitados; e assegurar proteção ao usuário de serviços de saúde em denúncias de irregularidades praticadas por qualquer instituição vinculada ao sistema de saúde.

A 9ª Conferência propôs ainda como mecanismos de controle social a criação de Plenárias e de Conselhos Populares e Sindicais objetivando subsidiar os Conselhos e o SUS de forma que sejam capacitados a atuar técnica e politicamente nas questões de saúde, e que esses mecanismos sejam em caráter permanente.

Outros mecanismos de controle propostos pela 9ª Conferência Nacional de Saúde foram:

assegurar aos Conselhos Profissionais e às entidades sindicais representativas dos trabalhadores de saúde o direito à fiscalização do ambiente e condições de trabalho e da qualidade do atendimento à população; fomentar a realização, pelos sindicatos, federações e confederações, do controle das ações de higiene e saúde do trabalhador e de segurança do trabalho, bem como o acompanhamento das ações de medicina do trabalho; atribuir aos sindicatos poderes para o exercício da fiscalização sobre o recolhimento das contribuições devidas à Seguridade Social, inclusive o de notificar administrativamente o órgão previdenciário e o de ajuizar caso não haja providência administrativa em tempo hábil (BRASIL, 1992, p.37).

### O Relatório Final ressalta a contribuição dada pela 9ª Conferência:

Ao declarar imprescindível a democratização do Estado, o acesso à informação, o fortalecimento dos mecanismos de controle social e o comprometimento das diversas instituições sociais – civis ou estatais – para que se obtenha como resultado a ação estatal almejada, a IX CNS aponta o caminho de modernidade e de democracia que a sociedade brasileira deseja para todos os setores da vida social (BRASIL, 1992, p. 42).

Para Gerschman (1995), os resultados da 9ª CNS de um modo geral foram satisfatórios, uma vez que contribuíram para garantir o processo da municipalização da política de saúde segundo os princípios da Constituição Federal, indicando os caminhos da descentralização, municipalização e participação social; mas por outro lado não houve avanços quanto às competências dos Estados no que se refere à operacionalização da política. Na análise da autora faltou um diagnóstico e uma avaliação da situação atual do SUS, para que fosse possível superar as dificuldades do velho sistema de saúde, dando os encaminhamentos necessários à efetivação do SUS.

Enfim, consideramos que a 9ª CNS teve um tema de fundamental importância para a saúde, pois discutiu a municipalização da saúde, que prevê o controle social. A tônica dos debates foi o fortalecimento do controle social, com a implantação de Conselhos de Saúde nas instâncias correspondentes do governo. Daí a proliferação de conselhos na década de 90, surgindo novos sujeitos políticos no cenário político sanitário com a competência deliberativa nas questões do Sistema Único de Saúde. Destacou o acesso à informação como instrumentalizador do controle social em parceria com o Ministério Público. Na realidade, houve um bom nível de detalhamento do controle social sobre a política de saúde, na perspectiva de fortalecê-lo.

## **2.4 A 10ª Conferência Nacional de Saúde: Fortalecimento do SUS e Posicionamento Contrário à Reforma Do Estado**

A 10ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, em Brasília, com o tema central: “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida,” e teve pela segunda vez Adib Jatene como Ministro da Saúde. Participaram 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores, respeitando o princípio da paridade, com metade dos participantes representando usuários do sistema de saúde.

Esta Conferência foi precedida por 27 Conferências Estaduais e mais de 3.000 Conferências Municipais, caracterizando uma ampla mobilização pela escolha dos delegados para garantir a presença dos seus representantes no evento. Foi um espaço em que os segmentos organizados na sociedade civil, trabalhadores e gestores debateram as diretrizes, expressando o livre exercício da democracia em torno das questões do setor saúde.

Para a organização dos trabalhos nos Grupos de Discussão foi elaborada uma programação que incluiu quatro mesas redondas, objetivando discutir os temas básicos da Conferência - saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde, financiamento da saúde; recursos humanos para a saúde e atenção integral à saúde. As discussões dos grupos subsidiaram as propostas contidas no Relatório Final, após a devida aprovação pela Plenária Final.

A Plenária da 10ª Conferência exigiu do governo a implementação das propostas desta Conferência, por ser a instância com poderes legais para avaliar as questões de saúde e propor diretrizes para a política de saúde. Dessa forma, a Carta<sup>18</sup> da 10ª CNS enfatiza que:

Tendo como pano de fundo a necessidade da intensa mobilização e participação popular e a expressão combativa dos participantes na 10ª Conferência Nacional de Saúde, fica reafirmado, como decisivo, o caráter intangível desta Conferência de instância máxima de avaliação da situação da saúde e de formulação de diretrizes para a política nacional de saúde (BRASIL, 1996, p. 14).

---

<sup>18</sup> A Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde, elaborada pelos participantes da Conferência, foi um espaço democrático em que se contesta a conjuntura política, social e econômica. Nesta Carta foi elaborada uma crítica à Reforma Administrativa e do Estado.

Nesse sentido, os participantes exigem o compromisso do governo, afirmando que:

Ao governo cabe, agora, sem maiores delongas, comprometer-se publicamente com a implementação das suas resoluções, que terão consequência prática na medida em que haja efetivo compromisso dos gestores em todos os níveis e o controle social exercido democraticamente pelos Conselhos de Saúde em todo o país (BRASIL, 1996, p. 14).

A Carta da referida Conferência ressalta também sua indignação com a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo Governo Federal, que vem deixando suas marcas destrutivas nas políticas sociais, acarretando o desmonte dos direitos sociais e conseqüentemente exacerbando as desigualdades sociais. Trata-se de uma política que produz pauperismo, desemprego, exclusão social, precarização do trabalho, violência, entre outras expressões decorrentes da grave crise estrutural.

Assim, essas expressões da questão social são naturalizadas pelo neoliberalismo, cuja tendência é a transferência dos problemas para a sociedade civil e para a esfera privada, desresponsabilizando o Estado, particularmente no que se refere à política de saúde. Por isso, a necessidade de uma Reforma do Estado que se comprometa com a retomada do desenvolvimento sócioeconômico e com políticas sociais voltadas para a efetivação dos direitos, conforme relata a Carta da 10ª Conferência.

Abordaremos a seguir a conjuntura social, política e econômica em que se realizou a 10ª CNS. A Conferência contestou a Reforma do Estado que estava se configurando na época.

Segundo Krüger (2005, p.200), a 10ª Conferência foi realizada sob o impacto dos seguintes fatos:

Após um grande processo de municipalização desencadeado em 1993 e 1994, o efeito do desfinanciamento (crise Brito)<sup>19</sup> e das perdas na conversão URV - Real, o debate acalorado de posições favoráveis e contrárias à criação da CPMF, o debate da PEC 169 que pretendia garantir

---

<sup>19</sup> Segundo Cavalcante, *apud* Polignano (2004), a crise Brito ocorreu em 1944, quando o então Ministro da Previdência Social Antonio Brito não repassou os recursos para a área da saúde, alegando o aumento concedido aos benefícios previdenciários, determinando assim que os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam aplicados na política de previdência social.

10% dos recursos de cada esfera de governo para a saúde, no clima de reforma de Estado e no segundo ano do governo FHC.

O Relatório Final traz uma crítica à modernização do Estado, ressaltando que:

Sob o discurso da 'modernização' estabelece-se, de fato, o "Estado Mínimo" para as políticas sociais e o 'Estado Máximo' para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica entrevista por trás do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado, que transfere para as leis de mercado e órgãos privados a responsabilidade de atender aos direitos de cidadania. A nossa 'modernização' e a nossa Reforma Administrativa e do Estado são outras: não abrem mão do controle da inflação, mas não abrem mão, também, do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento socioeconômico, de melhor distribuição da renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde (BRASIL, 1996, p. 13).

Segundo Bresser Pereira<sup>20</sup> (1998), a reforma do Estado brasileiro, especialmente as reformas gerenciais ou reformas da gestão pública, constituíram como resposta ao fenômeno da globalização, que devido à crise do Estado iniciada nos anos 70 e crescente nos anos 80, ameaçou reduzir a autonomia do Estado na formulação e implementação das políticas públicas.

Assim, iniciou-se uma série de reformas com o fim de promover o ajuste estrutural macroeconômico, pois a crise fiscal do Estado, conforme análise de Bresser Pereira seria consequência do endividamento público, causando o funcionamento irregular e a falta de efetividade do sistema econômico, justificando assim as reformas gerenciais, tendo como base a ideologia neoliberal, ou seja, o Estado mínimo – “e já se iniciou a reforma do Estado, estrito senso, por meio dos programas de privatização” (PEREIRA, 1998, p. 31).

A reforma do Estado, além da reforma administrativa, envolve também, no plano diretamente fiscal, a reconstituição da poupança pública e a reforma da previdência social, e, no plano político, as reformas políticas visando dar mais governabilidade aos governos por meio da constituição de maiorias políticas mais sólidas. Tais reformas, e particularmente a Reforma Gerencial, partem do pressuposto de que em um grande número de áreas, particularmente na social e científica, o Estado pode ser eficiente, desde que use instituições e estratégias gerenciais, e utilize organizações públicas não-estatais para executar os serviços por ele apoiados, recusando, assim, o pressuposto neoliberal da ineficiência intrínseca e generalizada do Estado (PEREIRA, 1998, p.31).

---

<sup>20</sup> Luiz Carlos Bresser Pereira, economista, administrador, foi o Ministro responsável por colocar a reforma do Estado na pauta das discussões nacionais.

Portanto, a reforma do Estado, que foi proposta por Fernando Henrique Cardoso em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, documento que definia as diretrizes para a implantação de uma administração gerencial, por meio do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), pretendia garantir um melhor desempenho, redirecionando o Estado brasileiro para que o funcionamento das organizações públicas fosse compatível com um Estado Democrático de Direito. Acreditava-se que era necessário reformar os instrumentos de gestão pública para tornar o Estado mais eficiente, realizando serviços de qualidade com a mesma quantidade de recursos.

Para isso, é necessário dotar o Estado de mais governabilidade e governança; é preciso, além de garantir condições cada vez mais democráticas de governá-lo, torná-lo mais eficiente, de forma a atender as demandas dos cidadãos com melhor qualidade e a um custo menor (PEREIRA, 1998, p. 32-33).

Nesse sentido, o autor, reconhecendo a crise por que passava o Estado brasileiro, tomou como referência a Reforma Gerencial, cujo objetivo precípua consiste em consolidar a cidadania no Brasil, alcançado através dos bens e serviços às demandas sociais, garantindo amplo acesso da população. Tais serviços seriam oferecidos por meio de organizações sociais sem fins lucrativos, públicas não estatais, ou seja, instituições do terceiro setor que celebram contratos de gestão com o Estado (parcerias), em que o financiamento fica sob a responsabilidade do Estado e o atendimento dos serviços aos usuários cabe às organizações. Isso caracteriza a publicização como uma tendência nas reformas gerenciais.

Nesses termos, a reforma do Estado implica reduzir a sua intervenção na área social, causando um crescimento do empobrecimento da população, através de três estratégias: a privatização, transferindo para a iniciativa privada serviços exclusivos do Estado; a publicização, em que entidades estatais se transformam em órgãos públicos não estatais, operacionalizando suas ações com recursos públicos; e a terceirização, em que o Estado contrata serviços de terceiros, a serem prestados aos usuários.

A reforma do Estado, segundo o Plano Diretor, deveria possibilitar recuperar a governança, isto é, “a capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo” e aumentar a governabilidade, que “corresponde à capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir

legitimidade e governar” (RIZZOTTO, 2000, p. 195). Então, faz-se necessário promover o ajustamento das economias em crise, especialmente a economia brasileira, endividada e em desenvolvimento.

No Brasil, nos anos 90, várias estratégias ‘modernizantes’ no campo político, econômico e administrativo foram utilizadas como ‘remédio’ para enfrentar a crise e reconfigurar o Estado. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado constitui, a nosso ver, a estratégia central, que apesar de afirmar ser seu objetivo a reforma administrativa, pressupõe uma reforma do próprio Estado e estabelece os parâmetros para a realização da mesma (RIZZOTTO, 2000, p. 194).

Nessa perspectiva, a reforma do Estado torna-se indispensável para assegurar e consolidar o crescimento econômico, viabilizando respostas mais eficazes no contexto de uma economia de mercado, evitando assim que as falhas do mercado globalizado que provocam oscilações destrutivas no setor econômico comprometam o papel do Estado na coordenação da economia.

Segundo Bresser Pereira (1998), o Estado tem a função exclusiva de “legislar e punir, de tributar e realizar transferências de recursos a fundo perdido”, visando manter a ordem, proteger o país contra inimigos externos e, sobretudo, desenvolver a nação em termos econômicos e sociais, já no sentido econômico, o Estado “é a organização burocrática que, por meio de transferências, complementa o mercado na coordenação da economia.”

Para o autor mencionado, o Estado é uma instituição monopolista, pois detém o monopólio em atividades como: “poder de definir as leis do país, poder de impor a justiça, poder de manter a ordem, de defender o país, de representá-lo no exterior, de policiar, de arrecadar impostos, de regulamentar as atividades econômicas, fiscalizar o cumprimento das leis.” Entende também que as políticas de educação, saúde, assistência social, previdência social, devido aos recursos orçamentários destinados a essas políticas, são também atividades exclusivas do Estado.

No que se refere à privatização das instituições estatais, Bresser Pereira afirma (1998, p. 98) que:

Durante muito tempo estatização e privatização foram objeto de amplo debate ideológico. Hoje esse debate está superado. Existe um relativo consenso de que é necessário privatizar – dada a crise fiscal – e conveniente privatizar, devido à maior eficiência e à menor subordinação a fatores políticos das empresas privatizadas. O único setor da produção de bens e serviços para o mercado, sobre o qual pode haver dúvidas legítimas

acerca da conveniência de privatizar, é o dos monopólios naturais. Nestes, para se poder privatizar, é necessário estabelecer agências reguladoras autônomas, que sejam capazes de impor os preços que prevaleceriam se houvesse mercado.

Para Bresser Pereira, a agenda de reformas da administração pública do Estado pretendia priorizar a área social, particularmente o setor saúde, pois era o setor que mais necessitava de reforma, e somente a modernidade de uma administração pública poderia implementar um sistema de saúde de qualidade.

Assim, a reforma gerencial do Sistema Único de Saúde – SUS começou a se delinear no final de 1996, seguindo o modelo estratégico de administração da Grã-Bretanha – o *National Health Service* - NHS (Serviço Nacional de Saúde). Para Bresser Pereira (1998, p. 252), os princípios básicos da reforma são:

descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, que serão distribuídos aos municípios de acordo com a população existente e não com o número de leitos; criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente; transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais (quangos na Grã-Bretanha, organizações sociais no Brasil); e criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, [...].

Para o autor mencionado, a reforma do setor saúde, consubstanciada na Norma Operacional Básica de 1996,<sup>21</sup> representava medidas de economia, pois os recursos seriam mais bem administrados, tendo em vista a eficiência do sistema, tal como no sistema britânico.

No entanto, a saúde considerada um direito social não vem se concretizando como determina a Constituição Federal, pois o compromisso de garantir este direito tem sido o principal desafio diante de tantas adversidades do sistema.

Dessa forma, Bresser Pereira, o ex-ministro que formulou a reforma gerencial do Estado reconhece a inefetividade do sistema de saúde, que a municipalização e a descentralização são propostas que poderão viabilizar o SUS e que o seu financiamento não poderá se dar com recursos limitados.

Considerando o que foi exposto acerca da reforma do Estado e da reforma gerencial do SUS, em que a intervenção do Estado foi reduzida por meio das

---

<sup>21</sup> Documento de regulação do SUS que define as orientações operacionais e explicita os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica publicada no Diário Oficial da União, em 6.11.1996.

estratégias de publicização, privatização e terceirização, vale destacar algumas considerações.

As reformas idealizadas pelo ex-ministro Bresser Pereira, referenciadas no documento Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado pelo Mare em 1995, sob a justificativa de tornar o Estado mais competente e eficiente, na realidade são “contrarreformas”, pois se fundamentam numa perspectiva conservadora, regredindo direitos e contrapondo-se aos interesses da classe trabalhadora. São “reformas” que aumentaram a desigualdade social, provocando a criação de uma esfera pública não estatal e, conseqüentemente, a privatização dos serviços públicos e das estatais, favorecendo a acumulação do capital

Segundo Biondi (1999), a privatização das estatais, ao contrário do que anunciava o governo FHC, contribuiu para o desmonte do patrimônio público, além de agravar a dívida externa do país, provocando arrochos salariais, aumento na taxa do desemprego, deficiência nos serviços públicos prestados à população, entre outros retrocessos.

Assim, a política das privatizações legitima a ideologia neoliberal, sustentando a necessidade de reduzir os gastos do Estado em consonância com o projeto do grande capital. A lógica privatista foi o eixo mais marcante da reforma estatal, impondo aspectos regressivos aos direitos sociais regulamentados na Constituição brasileira de 1988.

Citando Correia (2005b, p.104):

Esta reforma que tem acontecido na contramão do assegurado legalmente tem deformado as políticas sociais garantidas, rebaixando-as a programas focais, assistenciais e seletivos, dirigidos aos grupos de maior pobreza, esvaziando seu caráter universal. Ao tempo que se tem aberto ao mercado para o fornecimento de serviços coletivos acessíveis de acordo com o poder de compra de cada indivíduo, esvaziando o caráter público destes.

Portanto, a “reforma” não significa a transformação do Estado em direção à construção da esfera pública democrática, pois em nome da privatização submete o Estado à lógica do mercado, imprimindo uma verdadeira contrarreforma, em conformidade com a estratégia neoliberal. Assim, a 10ª CNS como mecanismo de controle social caracterizou-se pela contestação da Reforma do Estado.

#### 2.4.1 O controle social na 10ª Conferência Nacional de Saúde: a democratização do Sistema Único de Saúde

No Relatório Final os participantes desta conferência propuseram a consolidação do controle social através do cumprimento da legislação do SUS, reafirmando o caráter deliberativo e permanente dos Conselhos de Saúde no exercício do controle social sobre a formulação e execução da política de saúde. Além disso, propuseram que os gestores do SUS devem garantir o adequado funcionamento dos Conselhos de Saúde por se tratar de uma instância legitimada por lei federal para deliberar os rumos da política de saúde.

Sobre o controle social para a democratização do SUS, foi proposto pelos participantes da conferência que os Conselhos de Saúde devem promover a divulgação das datas e locais das reuniões, ações e resoluções dos Conselhos através dos meios de comunicação; financiar meios de informação como boletins informativos, jornais ou outras formas de publicação que informem sobre a aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde não somente para os conselheiros, como para toda a sociedade; incentivar a articulação entre Conselhos de Saúde e sociedade civil, com o fim de demonstrar publicamente transparência nos gastos e visibilidade das ações; promover formas participativas de planejamento e gestão, motivando a participação dos usuários no SUS para que os programas e serviços de saúde atendam às reais necessidades da população; cobrar do Poder Legislativo, do Poder Executivo e dos gestores em todos os níveis do SUS que sejam implementadas medidas referentes à alocação dos recursos financeiros, e estes sejam aplicados com transparência; promover eventos que capacitem os usuários do SUS para o exercício do controle social.

No que se refere à descentralização das reuniões dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, os participantes da conferência propuseram que as reuniões devem ser alternadas “entre municípios-pólos, sedes dos municípios, distritos e unidades de saúde, [...] informando à população a legislação do SUS e as atribuições dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1996, p. 41).

Como instrumentos de fortalecimento do controle social os participantes propuseram que os gestores do SUS devem constituir mecanismos de participação, entre os quais:

Conselhos gestores nas unidades e serviços de saúde públicos (ambulatoriais hospitalares); Conselhos gestores nos hospitais filantrópicos e universitários e nos serviços conveniados com o SUS. A renovação de convênios do SUS com os mesmos deverá ser condicionada à existência e funcionamento desses Conselhos; Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde; Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos Conselhos de Saúde, para analisar denúncias de mau atendimento e avaliar o comportamento dos trabalhadores de saúde; Conselhos Distritais e Regionais de Saúde; Conselhos Deliberativos nas indústrias farmacêuticas públicas (compostos por 50 % de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores); orçamento participativo setorial, sob o controle e coordenação dos Conselhos de Saúde; Conferências Microrregionais de Saúde; fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, para discutir questões relativas ao SUS e à Reforma do Estado; fóruns anuais ampliados nos estados, nos municípios, nos distritos e nas regiões, para avaliar o processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e propor temáticas pertinentes para as próximas (BRASIL, 1996, p. 42).

Assim, como na 9ª CNS foi enfatizado a necessidade do cumprimento do caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde pela Lei Orgânica da Saúde, a 10ª CNS cobrou a implementação do poder deliberativo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde, os quais devem ser garantidos para as ações e serviços de saúde. Os Conselhos de Saúde devem discutir, deliberar e acompanhar todas as propostas que se refiram à política de saúde, e os gestores do SUS devem assegurar esse direito aos conselhos.

Dessa forma, foi dada ênfase à questão do repasse de verbas ou prestação de contas, em que as Secretarias Estaduais e Municipais têm de respeitar o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde sobre a aplicação dos recursos financeiros, pois os recursos destinados à saúde definem a política de saúde a ser implementada.

Sobre a divulgação das deliberações dos Conselhos de Saúde, foi reafirmada, como na 9ª Conferência, a necessidade da informação com apoio técnico e financeiro dos gestores do SUS aos trabalhadores de saúde e usuários do SUS, para que conheçam as ações dos referidos conselhos. E que os gestores do SUS, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde devem evitar uma linguagem excessivamente técnica, possibilitando assim que conselheiros e usuários tenham uma melhor compreensão acerca da legislação do SUS e da política de saúde.

Conforme o relatório, no que se refere ao controle das contas administrativas a 10ª Conferência propôs que:

Os conselhos de saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas, bem como solicitar auditorias especiais ao Tribunal de Contas ou ao Sistema Nacional de Auditoria, caso sejam constatadas irregularidades (BRASIL, 1996, p. 43).

E quando forem constatadas irregularidades, os participantes propuseram que:

O Conselho Nacional de Saúde deve tomar as medidas necessárias para a criação de uma legislação que permita a quebra do sigilo bancário das contas dos Fundos de Saúde e de seus administradores a partir de solicitação dos Conselhos de Saúde, quando forem constatadas irregularidades (BRASIL, 1996, p. 43).

Também como na 9ª CNS, a 10ª CNS ressaltou a importância do funcionamento do Conselho de Saúde, devendo os gestores do SUS assegurar o pleno funcionamento destes, garantindo condições de infraestrutura e recursos financeiros para o exercício de suas funções. Orçamento próprio, espaço físico permanente, secretaria executiva, apoio administrativo e assessoramento técnico são indispensáveis para o adequado funcionamento dos conselhos, segundo o Relatório Final.

No que se refere às atribuições dos Conselhos de Saúde para assegurar o seu pleno funcionamento, os Conselhos devem desenvolver uma Política Nacional de Capacitação<sup>22</sup> de seus conselheiros, através de programas de educação continuada, “sobre aqueles conteúdos indispensáveis para a sua atuação, os quais serão custeados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (BRASIL, 1996, p. 44).

Outro ponto destacado pela 10ª Conferência, no sentido de verificar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, sua autonomia e caráter permanente, foi a proposta de criação de subcomissões nos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde.

Sobre a garantia da estabilidade, dispensa de ponto e abono de faltas dos trabalhadores que estejam desempenhando atividades nos Conselhos de Saúde, a conferência propôs ao Poder Legislativo que se constitua uma legislação que

---

<sup>22</sup> Para Bogo (2005), Gramsci percebe a capacitação como a formação de quadros de dirigentes ou lideranças para a organização da sociedade civil rumo a um objetivo.

impeça a perseguição política a esses trabalhadores, pois as atividades dos conselheiros são de relevância pública.

Dessa forma, propõe-se que os trabalhadores do governo e do setor privado sejam dispensados do ponto e tenham suas faltas abonadas para que possam exercer suas funções de conselheiro, de acordo com a Resolução nº 27/92 do Conselho Nacional de Saúde.

Outra característica importante no funcionamento dos Conselhos de Saúde refere-se à existência do regimento interno, o qual deve ser revisado e aprovado pela respectiva Conferência de Saúde. É um documento que regulamenta o funcionamento dos Conselhos, pois norteia os processos de discussão, votação, deliberações e resoluções que ocorrem durante as reuniões dos Conselhos.

Constituir documento de identidade para conselheiros de saúde foi outro ponto destacado pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, por ser considerado essencial identificar os segmentos da sociedade civil comprometidos com o controle social na Saúde.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde propôs ainda que os presidentes dos Conselhos de Saúde sejam eleitos pelos conselheiros, sendo facultativa a candidatura do gestor correspondente àquele nível de governo. Isto foi colocado pelos participantes como uma condição básica para o nível de gestão plena, a ser seguida pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Os cadastros nacional e estadual de conselhos e conselheiros de saúde foram uma das propostas discutidas na Conferência, devendo ser organizados e atualizados periodicamente pelo Conselho Nacional e pelos Conselhos Estaduais de Saúde, objetivando fortalecer a comunicação e estabelecer um intercâmbio dos Conselhos de Saúde. Democratizar a informação é pressuposto fundamental para o controle social na saúde.

Conforme o Relatório Final, estes cadastros devem conter:

Existência e funcionamento de Conselho de Saúde nas unidades e serviços de saúde, distritos, municípios, regiões e estados; históricos e instrumentos legais de criação e composição dos Conselhos de Saúde; endereços completos dos Conselhos e conselheiros de saúde; características sociodemográficas dos conselheiros de saúde, entre outras informações (BRASIL, 1996, p. 45-46).

No que se refere à composição dos Conselhos de Saúde, com fins de normatizar o processo de escolha e designação de conselheiros de saúde, a 10ª CNS estabeleceu as seguintes regras:

Obedecer à proporcionalidade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores em Saúde e 25% de gestores e prestadores; os gestores do SUS ficam proibidos de indicar os representantes dos usuários, dos trabalhadores em Saúde e dos prestadores de serviços nos Conselhos de Saúde; os representantes dos trabalhadores em Saúde, de órgãos do Legislativo, Executivo e Judiciário, de entidades patronais, Lions e Rotary ficam proibidos de representar os usuários; os funcionários com cargo de confiança ficam proibidos de participar como conselheiros, salvo quando representarem o gestor público ou privado que os emprega; a composição dos Conselhos deve ser estabelecida por lei, e não através de decreto do Poder Executivo (BRASIL, 1996, p. 45).

A proposta da autonomia dos Conselhos de Saúde e conselheiros visando o fortalecimento político foi direcionada para a criação de comissões inter-conselhos, objetivando integrar os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde em suas ações e deliberações; troca de informações entre Conselhos e conselheiros sobre legislação do SUS, orçamentos e outros conteúdos que possam demonstrar transparência na gestão pública; promover o acompanhamento e assessoramento ao Conselho Municipal de Saúde pelo Conselho Nacional e Estadual de Saúde; e criar fóruns permanentes para integrar as ações dos Conselhos em todos os níveis, além de Encontros Nacionais, Estaduais e Regionais a cada dois anos.

A 10ª Conferência ressaltou uma proposta também enfatizada pela 9ª CNS, ou seja, que as atividades de conselheiros, por serem de relevância pública, não podem ser remuneradas.

Diante do exposto, consideramos que as proposições incluídas no eixo “Controle Social na Saúde”, do Relatório Final da mencionada Conferência, objetivaram consolidar o papel dos Conselhos de Saúde no que se refere às ações de fortalecimento do SUS como estratégia para implementar a política pública de saúde. Para isto, propuseram a capacitação de conselheiros, o controle social em cada unidade de saúde do sistema, o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, em que os gestores do SUS devem assegurar as condições básicas ao exercício de suas funções, além de garantir que o caráter deliberativo e o poder fiscalizador sejam respeitados; e principalmente foi deliberado pela Conferência a constituição de novos mecanismos de participação como Ouvidoria em todos os

níveis do SUS, conselhos gestores nas unidades de saúde, Conselhos Distritais e Regionais de Saúde, Comissões de Ética Multiprofissionais, entre outras formas de participação do controle social na saúde.

## **2.5 A 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivação do SUS com Controle Social**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 15 a 19 de dezembro de 2000, em Brasília, com o tema geral “Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, teve como objetivo avaliar os 10 anos do Sistema Único de Saúde, contribuindo de forma efetiva para o acesso, a qualidade e a humanização no atendimento às demandas da saúde com controle social.

Assim, foram deliberadas propostas referentes ao controle social no SUS, financiamento da atenção à saúde no Brasil, gestão dos recursos no atendimento às necessidades sociais, relações de responsabilidade entre as três esferas político-administrativas para a garantia do acesso, qualidade e humanização na política de saúde, modelo assistencial e de gestão com controle social, fortalecimento dos princípios do SUS: o caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização, entre outras proposições que subsidiaram os debates na Conferência.

O coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos, ao apresentar o referido Conselho à 11ª CNS relatou que as proposições claras e objetivas contribuem para a busca das parcerias em torno da construção de um modelo de sistema de saúde que seja referência mundial, em que se faz necessária a vigilância permanente de cada cidadão articulada à luta política em prol de uma saúde pública que atenda com qualidade e humanização aos anseios da população.

Desta Conferência participaram 2.500 homens e mulheres das diversas regiões do País, representando os segmentos dos gestores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde, formadores de recursos humanos e usuários, e as discussões ocorreram em sessenta grupos de trabalhos.

A Carta da 11ª Conferência Nacional de Saúde demonstra o conhecimento e a familiaridade dos participantes com os problemas identificados no processo de

implementação do SUS, além dos avanços desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se iniciou o processo de construção do Sistema Único de Saúde. Ao longo dessas três últimas décadas vem ocorrendo um amadurecimento político dos sujeitos sociais, desde o Movimento da Reforma Sanitária.

A mencionada Carta evidencia que:

Os Conselhos de Saúde e o processo político de pactuação intergestores, surgido após a Lei Orgânica da Saúde, criaram condições privilegiadas de negociações para viabilizar a descentralização e municipalização do SUS, conforme aprovado na 9ª Conferência Nacional de Saúde. No entanto, consideramos que a verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o País, embora tenha ampliado significativamente o acesso da população a serviços de saúde com maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada. O processo de estruturação do SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico a um modelo político-econômico predominantemente excludente (BRASIL, 2000, p. 11-12).

As Conferências que apresentaram cartas à sociedade brasileira foram a 9ª, a 10ª e a 11ª. Esta última também faz referências à conjuntura política e econômica do governo Fernando Henrique Cardoso, afirmando que a lógica do ajuste econômico acentua a desigualdade, concentrando a riqueza e agravando as condições de saúde da população. Nesse sentido, o Brasil, cada vez mais subordinado à economia internacional, submete-se às medidas rigorosas de ajuste fiscal, dentre as quais os participantes da Conferência destacaram: a redução dos gastos públicos em consonância com as orientações determinadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI); redução do Estado e conseqüentemente a privatização de empresas estatais; e a precarização das relações de trabalho, repercutindo na proteção social.

Para os participantes, o programa de ajuste fiscal impacta o setor de Saúde e compromete a busca da universalidade e da equidade no SUS, precarizando o sistema de saúde, deixando a saúde da população brasileira à mercê da política econômica e permitindo a expansão dos planos e seguros de saúde, o que dificulta a efetivação do SUS.

Diante disso, os delegados da 11ª CNS propuseram uma Agenda para a Efetivação do SUS e do Controle Social, defendendo os seguintes itens: compromisso com as políticas sociais que contribuam para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população; fortalecimento do exercício da

cidadania através dos mecanismos de controle social – Conselhos e Conferências, e que tal controle social seja exercido especialmente no âmbito da saúde; o cumprimento da emenda constitucional 29/00<sup>23</sup> para atender às necessidades de recursos financeiros que viabilizem o sistema de saúde; implantação de uma política de Recursos Humanos para o SUS constituída de equipes multiprofissionais com aperfeiçoamento contínuo e compromisso com a saúde pública; acesso universal e humanizado, garantindo o financiamento e a autonomia dos municípios na elaboração e execução dos Planos de Saúde; e, sobretudo, para que o SUS seja efetivado, necessita que esteja fundamentado nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, respeitando as competências das esferas do Governo.

Consta na Carta que os participantes da Conferência exigiram que fosse apresentado o Plano Anual de Saúde pelas esferas federal, estadual e municipal para apreciação dos conselhos, e que a sociedade civil deveria participar das discussões, como estratégia para efetivação do SUS com controle social. E ainda que “somente com a reorientação da atual política pública, social e econômica, é que poderemos viabilizar com sucesso o processo de consolidação do SUS” (BRASIL, 2000, p. 16). Essa frase demonstra a visão crítica dos delegados no que se refere à política do governo à época da 11ª CNS, assumindo uma postura de defesa do sistema público de saúde.

Afirmaram os participantes da 11ª CNS que para a operacionalização do Sistema Único de Saúde e o exercício do controle social desde a sua implantação até a efetivação existem sérios desafios a ser enfrentados. Os planos de ajuste, chamados de reformas, promovidos pelos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso acentuaram as desigualdades sociais, e “o surgimento de doenças características das condições [...] das sociedades modernas soma-se à persistência de doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento” (BRASIL, 2000, p. 19).

Entretanto, os participantes da Conferência consideram que o SUS significa um importante avanço, pois se trata de uma política pública que traz em sua formulação, segundo o relatório final, propostas de controle social, gestão

---

<sup>23</sup> Emenda Constitucional que acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da área da saúde, de 13 de setembro de 2000.

participativa, transparência administrativa e democratização. Vale ressaltar a proliferação de Conselhos de Saúde em quase todos os municípios do país, o que possibilita a participação coletiva em direção à construção de esferas públicas, fortalecendo o controle social sobre o que é público.

Mas os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção – não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pela exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da iniquidade social (BRASIL, 2000, p. 20).

Diante desse contexto, o desafio de efetivar o SUS é ainda maior, pois o projeto neoliberal vem causando impactos destrutivos nas condições de vida e transformando a saúde em mercadoria. O que importa é a acumulação e a concentração do capital, tendo em vista que o capitalismo é movido pela necessidade de ampliação da produção de mercadorias. Assim, um sistema dominado pela política econômica não está em consonância com a política de saúde de acesso universal e atenção integral, amplamente defendida pelas Conferências. “Desprezando e virando as costas para as recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, o Governo FHC tem sido um fiel cumpridor das orientações do Fundo Monetário Internacional” (BRASIL, 2000, p. 20).

Como nas Conferências anteriores, a 11ª CNS também denunciou o modelo médico assistencial privatista e curativo que prioriza os serviços de alta complexidade em detrimento da atenção primária. O acesso diferenciado ao SUS, a precarização dos serviços de saúde, a hegemonia do tratamento de doenças hospitalocêntricas, a baixa resolutividade, entre outros fatores, contribuem para descaracterizar os princípios do SUS.

No que se refere ao acesso aos serviços do SUS, foram denunciados diversos entraves. Segundo o Relatório Final podemos mencionar os seguintes:

O privilégio ao setor privado na produção de serviços de alta complexidade, em detrimento de investimentos na estruturação de serviços públicos que se destinem ao atendimento das demandas sociais na área, torna os usuários reféns dos empresários do setor, obrigados a pagar pelos serviços que necessitam e até mesmo privados do acesso. O atendimento discriminatório a pacientes do SUS, em relação aos que possuem planos de saúde, dentro das instituições públicas, também foi denunciado (BRASIL, 2000, p. 30-31).

Observamos nessas denúncias a postura crítica dos participantes da Conferência no que se refere à privatização da saúde, privilegiando interesses do setor privado e conseqüentemente eliminando o caráter público da política de saúde que deveria ser universalizante, isto é, todos os indivíduos deveriam ter direito ao acesso universal à saúde.

No que se refere ao financiamento do SUS, durante a década de 90, as dificuldades na obtenção de recursos financeiros para o financiamento do sistema de saúde estiveram em confronto com a expansão do sistema privado sintonizado com o modelo econômico brasileiro. Assim, a crise do financiamento do SUS foi evidenciada na forma de recursos financeiros insuficientes e pela “necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador” (BRASIL, 2000, p. 35).

Entretanto, algumas conquistas no campo da saúde foram alcançadas devido à pressão política da sociedade civil exercida sobre o Congresso Nacional, dentre as quais convém destacar:

A criação da CPMF, ainda que operando como fonte substitutiva, permitiu a regularização do fluxo dos recursos ao longo dos exercícios financeiros. A instituição do Piso de Atenção Básica permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e serviços básicos, com critérios assentados em bases populacionais, introduzindo um importante elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais e permitindo aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços. E, no ano 2000, a conquista da aprovação da Emenda Constitucional 29/00, ainda que não represente a forma ideal desejada pelo setor, cria horizontes mais favoráveis aos montantes destinados à saúde, e coloca desafios para o Controle Social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC 29/00 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo aumento dos recursos na área da Saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000, p. 36).

Partindo dessa constatação, consideramos que os participantes da conferência reconhecem a importância do controle social para fiscalizar a destinação dos montantes financeiros das contribuições sociais à saúde, controlando a aplicação dos recursos públicos. As ações do Estado e os gastos estatais têm de ser orientados para a efetivação dos princípios do SUS; somente assim será garantido um sistema público de saúde.

A 11ª CNS discutiu também sobre os orçamentos da saúde, que “ainda não é uma realidade em todo o País e a complexidade da contabilidade pública não é acessível à maioria dos conselheiros” (BRASIL, 2000, p. 37-38). Observamos que neste aspecto não há controle social, o que dificulta a democratização no destino dos recursos públicos para a saúde.

#### 2.5.1 A 11ª Conferência Nacional de Saúde: ampliação do controle social na saúde

Consta no Relatório Final que os Conselhos Municipais de Saúde “são os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos” (Brasil, 2000, p. 44). Assim, observa-se que o exercício do controle social pelos conselhos de alguma forma contribui para a melhoria do Sistema Único de Saúde. Porém, algumas dificuldades enfrentadas pelos Conselhos para uma adequada participação no controle social sobre o SUS foram relatadas pela Conferência, dentre as quais podemos mencionar: o desconhecimento sobre o SUS (princípios, diretrizes, legislação etc.), dificultando a participação dos usuários nos Conselhos de Saúde, falta de capacitação e assessoria diante da necessidade de uma postura crítica em face da ineficácia do Sistema, ausência de participação e compromisso político de alguns gestores com os instrumentos de controle social, falta de informações em saúde, o que não capacita os conselheiros a elaborar agendas de ação para o enfrentamento dos problemas sociais, entre outros fatores que dificultam a efetividade do controle social em saúde.

Dessa forma, foi evidenciado no Relatório Final que:

O Conselho é um espaço que deve sempre questionar se estão sendo respeitadas as diretrizes do SUS frente a cada iniciativa do Sistema: garante-se o acesso universal, a integralidade do Sistema, a equidade na alocação de recursos? O controle e a participação sociais? Que fonte paga a iniciativa, qual o custo/benefício da mesma? Deve ser exercido mesmo nos debates técnicos, como o referente ao Cartão do SUS (BRASIL, 2000, p. 44).

Ainda sobre a temática controle social sobre o SUS, foram indicados vários aspectos que impedem um adequado desenvolvimento das instâncias de controle social. Como exemplos:

a) a ausência de uma cultura de Controle Social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo (desobediência às prerrogativas dos conselheiros, sobretudo em relação aos representantes dos usuários); b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; c) a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos; d) a descontinuidade do trabalho dos conselhos quando ocorre a troca do gestor municipal e o receio, por parte dos conselheiros, de possíveis represálias do poder político; e) a falta de articulação e insuficiência dos mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo, com falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos Conselhos Nacional e Estaduais para os Conselhos Municipais, e destes para as comunidades; f) a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil; g) a falta de capacitação de gestores e conselheiros ( falta de informações quanto aos princípios e legislação do SUS, extensivos aos cidadãos de forma geral; deficiências de capacitação dos conselheiros); e h) o desconhecimento dos conselheiros sobre as formas e mecanismos de recorrer ao Judiciário e a outros mecanismos de exercício do controle social (BRASIL, 2000, p. 45-46).

No tocante à responsabilidade do Ministério Público na garantia de acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, os participantes entendem que este, por ser um instrumento que detém o poder legal para defender os direitos sociais, incluindo o direito à saúde, pode contribuir para o fortalecimento do SUS. Conforme o artigo 127 da Constituição de 1988, o Ministério Público é um órgão essencial à função jurisdicional do Estado em defesa do sistema democrático.

Entretanto, denunciam que o Ministério Público não possui um adequado conhecimento das questões da saúde, além do excesso de burocracia e morosidade, refletindo num controle social pouco efetivo. Os usuários, em sua maioria, desconhecem que podem recorrer ao Ministério Público para que seus direitos sejam assegurados, e quando recorrem a este mecanismo de controle social, a ação do Ministério Público apresenta-se fragmentada e pontual, o que não contribui para o fortalecimento do controle do SUS.

Diante do cenário exposto e das diversas propostas dos participantes da 11ª CNS, que conhecem os desafios para a efetivação do Sistema, destacamos alguns pontos no que se refere ao Controle Social no Sistema Único de Saúde: que o sistema de saúde seja instituído de forma participativa, com a contribuição do Ministério Público e o controle social dos Conselhos de Saúde; que seja definida

uma política de informações à sociedade sobre o funcionamento dos conselhos, estimulando o cidadão para o exercício do controle social dentro das políticas públicas.

No que se refere especificamente ao controle social, os participantes da Conferência apontam a necessidade de ampliar a representatividade dos conselhos e por isso propõem que sejam criados, nos conselhos, fóruns de representantes por segmentos. Sugerem ainda “a criação de instrumentos e mecanismos (distribuição de pautas, atas e relatórios) que garantam que os conselheiros” (Brasil, 2000, p. 59) assumam seu compromisso perante as bases que os/as elegeram, no sentido de representar os interesses da coletividade.

Outras propostas são apresentadas no relatório para estimular a ampliação de espaços de controle social, como a implementação de Conselhos Municipais e Estaduais de Cidadania, que tratam das questões específicas dos grupos vulneráveis (índios, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de deficiências etc.), visando assegurar o direito à saúde desses grupos. Esses Conselhos deverão atuar no sentido de capacitar a população para o enfrentamento de propostas contrárias aos interesses coletivos.

A Plenária Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde objetivando a ampliação do controle social na saúde aprovou a criação de outras instâncias de controle, conforme descreve o Relatório:

A ampliação do Controle Social a outras instâncias do SUS também foi aprovada na Plenária Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que indicou a necessidade de se estabelecer a criação de Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicos ou conveniados (incluindo os Hospitais Universitários), garantindo a participação dos trabalhadores e usuários na sua composição (BRASIL, 2000, p. 60).

Diante do exposto, percebe-se a importância dada pelos participantes da Conferência à implantação de conselhos gestores de saúde nos hospitais e ambulatórios, por entenderem que são espaços que conhecem os problemas que afetam os sistemas municipais de saúde, podendo atuar sistematicamente na elaboração, acompanhamento e fiscalização da política de saúde.

A Plenária Final indicou a implantação do orçamento participativo como outra forma de ampliar o controle social para outras esferas, além do setor Saúde, visando

a participação e o controle social nas demais políticas públicas. São espaços que possibilitam o papel fiscalizador dos Conselhos dentro das políticas públicas na sociedade.

A criação de Ouvidorias, vinculadas aos Conselhos de Saúde, objetivando atender a população nas reivindicações e sugestões no que se refere aos problemas de saúde, foi uma das proposições dos participantes como um dos mecanismos de controle social para aproximar o usuário do Sistema de Saúde.

Assim como na Conferência anterior, foi ressaltada a necessidade de instrumentos legais para a criação dos Conselhos de Saúde que enfatizem o detalhamento de sua composição, o caráter deliberativo e o poder fiscalizador desses Conselhos sobre as ações e serviços de saúde. Propôs-se uma atuação unificada entre o Executivo e o Legislativo para que sejam formuladas leis que regulamentem as diretrizes do Sistema de Saúde.

Sobre os Regimentos Internos dos Conselhos, os participantes da Conferência propuseram que fossem incluídos alguns aspectos com o fim de padronização destes regimentos; como exemplos: a elaboração de uma agenda anual; instituir parcerias com organizações não governamentais, instituições públicas e privadas para garantir a capacitação de conselheiros; a necessidade da participação dos suplentes dos conselheiros nas reuniões do conselho, sendo a presença desses suplentes obrigatória; As deliberações dos conselhos devem ser homologadas, publicadas e cumpridas pelo Poder Executivo, mediante prazos previamente definidos pelos conselhos, garantindo a participação do trabalhador com representação nos Conselhos de Saúde, dispensando-o do ponto do trabalho.

Ainda sobre a capacitação dos conselheiros, os delegados presentes à Plenária Final ressaltaram a necessidade de cursos de capacitação para conselheiros dos Conselhos de Saúde, tendo em vista a complexidade dos problemas do SUS. Esta capacitação deve envolver os órgãos gestores e as instituições formadoras de recursos humanos, enfatizando os mecanismos de controle social e a participação, utilizando instrumental pedagógico adequado à realidade dos participantes. É indispensável a presença dos conselheiros, usuários, lideranças sociais, trabalhadores de saúde e gestores. Estes cursos devem ser renovados a cada dois anos.

Os participantes da Conferência indicaram como tema relevante o perfil dos conselheiros e o processo de escolha na representação dos Conselhos de Saúde, os quais devem garantir a legitimidade e o exercício do controle social de forma autônoma. Por isso, é fundamental que a indicação dos conselheiros dos segmentos que representam os usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços “seja realizada pelos segmentos/entidades aos quais os mesmos pertencem, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores” (BRASIL, 2000, p. 63).

No entanto, percebe-se na atuação dos Conselhos de Saúde que os cursos de capacitação não garantem o controle social, pois certas contradições estão presentes no seu cotidiano; ora servem para garantir direitos sociais; ora para legitimar práticas assistencialistas, apesar de serem considerados um espaço democrático e político de lutas no exercício da cidadania.

Como na 10ª Conferência Nacional de Saúde, a 11ª Conferência também ressaltou a importância de um adequado funcionamento dos conselhos, garantindo-se uma estrutura física e técnica para a realização das reuniões e para a secretaria do conselho, com a disponibilização de equipamentos básicos, como materiais de escritório, telefone, fax, internet etc. Além disso, a Sala do Conselho deve atender ao usuário do SUS.

Ainda com relação ao funcionamento, o Relatório Final propôs que os Conselhos Municipais de Saúde devem ser avaliados anualmente pelos Conselhos Estaduais de Saúde, sob coordenação do Conselho Nacional de Saúde, contemplando os aspectos referentes à estrutura, composição, periodicidade das reuniões, com vistas a sua legitimação e à eficácia dessas instâncias de controle social de deliberação e debate sobre a política de saúde.

Preocupados com a falta de esclarecimentos e informações acerca do papel, das funções e das ações dos Conselhos de Saúde, além do desconhecimento da legislação do SUS, os participantes da 11ª CNS enfatizaram a relevância das informações acerca do controle social. Assim, propuseram que fossem produzidos os seguintes meios de divulgação: criação de *sites* na internet para informar o trabalho dos Conselhos; promoção de campanhas de esclarecimentos à população; produção de materiais informativos que expliquem o papel do Conselho, atribuições, direitos e deveres dos conselheiros, a serem distribuídos nas Unidades de Saúde; e

divulgação das ações do conselho e o do calendário das reuniões, a fim de estimular a participação da população.

No que se refere ao papel de fiscalização dos Conselhos de Saúde, conforme o Relatório Final foi mencionado que:

Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde indicam também a necessidade de fortalecer o papel de fiscalização dos conselhos, garantindo adequação dos meios disponíveis aos fins expressos no Plano de Saúde. Enfatiza-se a necessidade de que os Fundos de Saúde incluam todos os recursos utilizados para o financiamento das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, e não apenas os originados de transferências, apresentando prestação de contas trimestrais em audiências públicas no recinto das Câmaras Municipais e Assembléias Legislativas, sob responsabilidade do gestor do SUS em cada esfera do governo, conforme obrigam o Artigo 12 da Lei nº 8.689 de 27.07.93, e o Decreto Federal nº 1.651, Artigo 9º. Além disso, indica-se a necessidade de se incluir nas pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde a informação sobre todo e qualquer repasse de verbas entre diferentes esferas de governo, assegurando à Comissão de Finanças do Conselho o acesso regular aos extratos bancários do Fundo de Saúde, para que os Conselhos tenham condições de exercer seu papel de controle e acompanhamento da execução orçamentária (BRASIL, 2000, p. 67).

A 11ª Conferência propôs que a qualidade dos serviços do SUS fosse avaliada por meio de consulta periódica, em articulação com os Conselhos de Saúde, e que a idoneidade desta avaliação fosse recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo tais resultados fundamentados em método científico. Assim, percebe-se a preocupação dos participantes da Conferência com a melhoria dos serviços de saúde prestados aos usuários.

A Plenária propôs que o fortalecimento das instâncias de controle social – Conselhos e Conferências -- deverá ser alcançado mediante uma ampla mobilização popular, no sentido de que as deliberações dessas instâncias sejam cumpridas, e caso não sejam cumpridas, propôs que fossem estabelecidas “sanções e penalidades aos gestores públicos que, arbitrariamente, desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2000, p. 68). Propôs ainda que fossem criados mecanismos que incentivem os gestores a cumprir as deliberações, como também o que está determinado pela legislação do SUS.

Como na 10ª conferência, os participantes reafirmaram o caráter deliberativo dos conselhos aprovando a proposta da inclusão destes no processo de planejamento e execução do nível de governo ao qual estão vinculados. Tal objetivo somente será concretizado se os Planos Municipais de Saúde, os Orçamentos

Anuais e os Contratos/Convênios assumidos pelo gestor forem submetidos à análise dos conselhos.

A 11ª Conferência enfatizou a relevância do Plano de Saúde como um instrumento para orientar as ações de saúde em cada esfera de governo, o qual irá embasar o Conselho na avaliação de resultados quanto ao impacto dessas ações nas condições de saúde da população.

Inúmeras propostas foram apresentadas no Relatório Final para o funcionamento dos Conselhos e Conferências de Saúde, no sentido de estruturar a operacionalização dos Conselhos de Saúde, modificando a forma tradicional, centrada em reuniões, e habilitando os conselheiros a deliberar adequadamente acerca da pauta para discussão. As propostas foram: formação de Comissões Temáticas; criação de Câmaras Técnicas para subsidiar a fiscalização dos conselhos sobre programas sociais; contratação de assessor jurídico, fortalecer o poder deliberativo e fiscalizador dos conselhos; as indicações para a direção das Unidades de Saúde deverão ser apreciadas pelos Conselhos de Saúde; discussões dos conselheiros com as comunidades acerca das políticas públicas; e que as reuniões dos Conselhos de Saúde sejam descentralizadas, fazendo com que se tornem itinerantes.

No que se refere ao funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde e suas etapas municipais e estaduais, foram indicadas várias propostas acerca da “necessidade de incluir as Conferências em um processo político-administrativo sistemático que estabeleça o espaço das Conferências como locais privilegiados de avaliação das políticas” (BRASIL, 2000, p. 74). Nesse sentido, foram destacadas algumas propostas, tais como:

a busca de um modelo que resgate as deliberações tomadas em momentos anteriores e a prestação de contas dos gestores em relação ao seu cumprimento, cristalizadas na recomendação de que os relatórios da Conferência anterior e os relatórios de gestão sejam incluídos como material de trabalho para os delegados às mesmas. Da mesma forma, fica clara a procura de uma forma mais eficiente de uso para o debate ampliado oferecido pelas Conferências, indicada em propostas que sugerem a utilização de documentos preliminares de políticas, como os Planos de Saúde, na qualidade de conteúdos condutores dos debates que se encerrarão na aprovação do Plano para o próximo período (BRASIL, 2000, p. 74).

Outra necessidade enfatizada na Plenária da Conferência refere-se à paridade dos delegados nas Conferências Nacionais, ressaltando que 50% são de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores, em cumprimento às resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Mais uma vez reiterando a importância do Controle Social sobre o SUS, os participantes da Conferência reconhecem a necessidade de integração entre os órgãos de gestão do SUS com os poderes Legislativo, Judiciário e o Ministério Público, para que sejam garantidas a universalidade, a qualidade nos serviços de saúde e a humanização da atenção à saúde e assim a concretização dos princípios do SUS.

Ainda com relação à parceria entre SUS e Ministério Público, vale ressaltar a seguinte proposta dos participantes da Conferência:

Outra recomendação positiva em relação ao Ministério Público é a de convidar os seus membros para participarem das reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde; e, quando necessário, realizar reuniões conjuntas para tratar de questões específicas de interesse do MP e Conselhos, incluindo convite aos promotores para visitarem a unidades e serviços de saúde (BRASIL, 2000, p. 77).

Por fim, a 11ª CNS foi o resultado de um trabalho coletivo dos participantes, que realizaram um balanço acerca da implantação do SUS e do controle social sobre a saúde. Apesar das dificuldades por que passa o sistema de saúde brasileiro, foram reconhecidos os avanços significativos do setor saúde enquanto política pública.

## **2.6 A 12ª Conferência Nacional de Saúde: resgate dos Princípios da Reforma Sanitária**

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003, contou com a participação de mais de 4.000 brasileiros, com os seguintes segmentos representativos: gestores (governos federal, estaduais e municipais), usuários do SUS, profissionais de saúde, Ministério Público, técnicos, parlamentares e especialistas.

A antecipação desta Conferência, de um ano em relação ao prazo legal que determina um intervalo de quatro anos entre as Conferências, foi proposta do

Ministério da Saúde, tendo em vista a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva em janeiro de 2003, que pretendia submeter a sua política de saúde à apreciação e aprovação da sociedade.

A 12ª CNS foi realizada no fim do primeiro ano do governo do presidente Lula, propondo-se a retomar os princípios da Reforma Sanitária, consagrando uma ampla participação dos delegados em torno da discussão e propostas sobre o eixo principal “Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos”, subdividido em dez eixos temáticos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento da Saúde; e Comunicação e Informação em Saúde.

Conforme o Relatório Final, esta Conferência foi o resultado da mobilização dos participantes de 3.640 Conferências Municipais e Estaduais, etapas preparatórias para a 12ª CNS que envolveu centenas de pessoas. Para Krüger (2005), o debate da saúde nas Conferências “está extrapolando os centros decisórios e executivos e refletindo alguma socialização da política no interior do país.” A autora atribui tal fato às Conferências descentralizadas, participativas, e pelo poder de expressão que têm os grupos subalternos nessas instâncias de controle social.

O Ministro da Saúde, Humberto Costa, em seu discurso de abertura da 12ª CNS evidencia a importância da participação e do controle social através dos Conselhos de Saúde, afirmando que:

É importante ressaltar a necessidade de dar continuidade a esse processo iniciado pela 12ª Conferência. Precisamos manter os debates em todos os estados e municípios, fortalecendo a participação popular. O controle social, por meio dos conselhos de saúde, tem papel fundamental no aprofundamento desses temas, na implementação das políticas de saúde que atendam às necessidades locais e na fiscalização da aplicação dos recursos. Não adianta garantir mais e mais recursos se estes não forem gastos de forma adequada e no benefício de toda a comunidade (BRASIL, 2003, p. 14).

A expectativa da comissão organizadora em torno da realização da Conferência deu-se em torno do clima de esperanças devido à eleição do Presidente

Lula, pois acreditava-se em grandes mudanças para a política de saúde no país, e isso contribuiu para a escolha de eixos temáticos abrangentes, que tratassem de todos os aspectos do Sistema Único de Saúde com propostas específicas. Esta tarefa revelou a intenção de transformar a 12ª CNS em um novo marco histórico para a consolidação do SUS, além de resgatar os princípios da Reforma Sanitária. Esta Conferência Nacional teve por objetivo estabelecer diretrizes e propostas dotadas de coerência e legitimidade social, no sentido de mobilizar os gestores e a sociedade civil em torno da sua efetivação.

No Relatório Final consta a expressão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde referente ao exercício do controle social para que as propostas da Conferência fossem concretizadas, afirmando que:

Fica a convicção de que o controle social foi exercido de forma consciente, madura e comprometida. Por isso, o Relatório Final da 12ª Conferência é um marco para a busca do aprimoramento do SUS. Ao realizar um balanço da situação da saúde no Brasil, evidenciando os erros e acertos do sistema de saúde, buscou-se o consenso possível sobre as medidas que precisam ser tomadas. O compromisso de todos, a partir de agora, é o de divulgar as decisões da Conferência e fazer com que se tornem ações concretas (BRASIL, 2003, p. 16).

Dessa forma, percebe-se que a eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, significou para o Conselho Nacional de Saúde que novos caminhos seriam tomados pelo Sistema Único de Saúde, em seu longo processo de implementação. Portanto, a conjuntura política da época favoreceu tal otimismo, pois a saúde no programa de governo do presidente Lula era considerada um direito fundamental, e os princípios do Sistema Único de Saúde seriam garantidos.

Para Bravo e Matos (2004, p.41), o Ministério da Saúde no governo Lula tem como principais desafios:

a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; o controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica.

Conforme a autora, a Conferência representou a retomada da concepção de Reforma Sanitária, uma vez que foram escolhidos profissionais comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária para o Ministério da Saúde; e no que se refere ao

controle social, vale ressaltar que a capacitação continuada de conselheiros de saúde, enfatizando a educação popular e o acesso à informação, foram estratégias fundamentais no enfrentamento desses desafios.

No entanto, apesar da opção do governo Lula pelo fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária e do reconhecimento do direito à saúde pelo Estado, também havia outro projeto visando à privatização da saúde. Na atualidade, os dois projetos ainda estão em disputa: o projeto da Reforma Sanitária *versus* o projeto privatista. O projeto da Reforma Sanitária, que defende uma política de saúde conforme preconiza a legislação do SUS, e o privatista, que defende os interesses do capital, segundo o ideário neoliberal.

### 2.6.1 Controle social e gestão participativa

A 12ª CNS apresentou propostas no Eixo Temático “Controle Social e Gestão Participativa”,<sup>24</sup> enfatizando a importância do controle social para a Reforma Sanitária Brasileira e a contribuição deste e da gestão participativa no sentido de identificar o usuário como um sujeito de direitos, diferente da concepção de mero consumidor de serviços de saúde.

No Relatório Final há uma intenção evidente em qualificar o controle social do SUS, através de uma rede de Conselhos de Saúde, reconhecendo os obstáculos por que passam estes Conselhos, entre os quais foram citados: a falta de exercício ao caráter deliberativo; a precariedade na infraestrutura; a baixa representatividade dos conselheiros quanto aos segmentos representados; postura cultural não participativa etc.

Foi ressaltada também a necessidade de criação de outras instâncias de controle social que atendam o usuário e a população em geral, apurando as denúncias, apresentando soluções e/ou encaminhando-as aos setores competentes, redefinindo o conceito das ouvidorias do Sistema Único de Saúde.

Foram estabelecidas diversas diretrizes gerais pela Conferência, objetivando fortalecer o exercício do controle social, seja através da mobilização social, da

---

<sup>24</sup> Para Misoczky (2003), entende-se que gestão participativa, de um modo geral, é a harmonia de um conjunto de políticas públicas construídas com a participação da sociedade, em que gestores e usuários planejam as ações, dando-se o processo de construção social.

participação, dos Conselhos de Saúde ou de outros mecanismos que possam construir o Sistema Único de Saúde tão almejado. Ou seja, o “SUS que queremos”.

Assim, foram aprovadas as seguintes propostas: fortalecer os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo; ampliar a participação popular, criando outros canais de comunicação entre o usuário e o governo; estimular o debate sobre o SUS e o controle social com a participação de toda a sociedade civil; programar o orçamento participativo nas esferas nacional, estadual e municipal; criar instrumentos de interlocução entre Conselhos de Saúde e ouvidorias; promover a educação popular e em saúde objetivando direitos; capacitar lideranças e informar o funcionamento e a dinâmica do SUS e dos Conselhos de Saúde, conselhos gestores e Conferências por serem mecanismos fundamentais no controle social; e criar espaços para discussão com usuários acerca das suas reais necessidades.

Outra proposta enfatizada no que se refere ao fortalecimento do controle social foi a formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas direcionadas para os grupos socialmente vulneráveis (crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiências, pessoas com patologias, população negra, população indígena e carcerária).

Foram inúmeras as propostas contidas no Relatório Final, no sentido de que sua concretização possa fortalecer o controle social, entre as quais podemos mencionar: esclarecer a juventude sobre a importância do controle social através de atividades educativas sobre o tema SUS; estimular a formação de conselhos Locais de Saúde, ampliando a participação dos conselheiros nas Conferências, fóruns e outros eventos que tratem do controle social na saúde; acompanhar efetivamente as votações e decisões em questões referente à saúde nos poderes Legislativo e Judiciário, mediante ampla mobilização da população; promover reuniões e palestras nas comunidades para informar os usuários acerca dos seus direitos e deveres no que se refere à saúde; definir no Poder Judiciário as ações que se relacionam ao direito à saúde, estabelecendo prioridades; não permitir que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite assumam as atribuições deliberativas dos Conselhos de Saúde; e aprovar e executar, com controle social, medidas de atenção integral aos usuários das zonas rurais e áreas indígenas.

Com relação à política de informação e comunicação, os participantes propuseram que é da competência dos conselhos e dos gestores:

Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões, divulgando informações sobre as realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS. Criar por meio de um concurso nacional, com a participação dos Conselhos de Saúde, um símbolo que identifique o controle social que deverá estar presente em todos os serviços do SUS e uma logomarca nacional do SUS (BRASIL, 2003, p. 104).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde propõe em seu Relatório Final que seja estimulada a articulação entre os Conselhos de Saúde e as demais políticas públicas, particularmente da área social, para que seja elaborada uma agenda de ações conjuntas visando ao fortalecimento do controle social.

De um modo geral, percebe-se que o Relatório Final evidenciou a importância da formação e estruturação dos Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento do Controle Social no SUS, através de seminários, palestras e capacitação para os conselheiros, assegurando a autonomia, as eleições democráticas e a paridade, além da sua composição conforme determina a Resolução CNS nº 333/03.<sup>25</sup>

No que se refere à participação, propôs que as diferentes etnias e minorias devem participar dos Conselhos nas três esferas do governo; e que a participação de “conselheiros que sejam cônjuges, consangüíneos e afins dos gestores até segundo grau” e de conselheiros usuários que tenham vínculo com o Poder Executivo (cargo de comissão ou prestador de serviços) deve ser vedada, uma vez que compromete a representatividade e a legitimidade dos Conselhos de Saúde.

Outro aspecto do Relatório Final foi que a presidência ou coordenação dos conselhos seja eleita entre seus membros, que o cargo não seja obrigatoriamente ocupado pelo gestor, assim contribuindo para democratizar o funcionamento dos conselhos.

Os delegados propuseram que os Conselhos de Saúde fossem democratizados através da criação de coordenações colegiadas que promovam reuniões descentralizadas. Ou seja, reuniões em outros locais da região, objetivando planejar e avaliar a política de saúde.

---

<sup>25</sup> Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O relatório aponta ainda a necessidade de criação de um sistema nacional de monitoramento, acompanhamento e avaliação dos conselhos existentes no País, como forma de verificar na prática a eficácia do controle social.

É importante ressaltar as principais atribuições dos Conselhos de Saúde, definidas pela 12ª CNS, nas três esferas de governo:

deliberar e analisar informações sobre os serviços de saúde e sobre o funcionamento de sistemas de vigilância em saúde; deliberar e analisar relatórios mensais produzidos pelas ouvidorias e sistemas de controle e avaliação governamentais; deliberar e analisar planos de aplicação e prestações de contas da totalidade dos recursos financeiros destinados à atenção à saúde; discutir e deliberar sobre os critérios de alocação de recursos para custeio e investimento, nos âmbitos da atenção básica, média e alta complexidade, em sua respectiva esfera de governo; discutir e deliberar sobre os critérios para a constatação dos serviços da rede privada, contratada e conveniada, sobre a assinatura desses contratos, e sobre a revisão dos valores do SIA e das AIH; discutir e deliberar sobre processos de captação de recursos financeiros para o SUS, sejam de âmbito nacional ou internacional; assegurar a participação dos Conselhos de Saúde no processo de elaboração do projeto de Lei Orçamentária Anual (LOA), garantindo que as propostas sejam discutidas e alteradas, quando necessário, pelos Conselhos de Saúde; acompanhar a tramitação das propostas de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e de Lei Orçamentária Anual (LOA), relativas à área da saúde; analisar e garantir a implementação dos contratos e convênios com as instituições de ensino médio e superior, preferencialmente públicas, especialmente no que se refere à formação, qualificação e capacitação dos conselheiros, sob a ótica da educação permanente; acompanhar, avaliar e deliberar sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família[...]; analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde do trabalhador[...]; instituir uma identificação, em nível nacional, para os conselheiros de saúde (BRASIL, 2003, p. 106).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde propõe em seu relatório que deve ser garantida a infraestrutura física, administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde, com bibliotecas que tenham informações sobre a política de saúde e o controle social; e que nessa infraestrutura seja incluída a informatização dos Conselhos de Saúde.

Outro aspecto abordado pela Conferência foi fortalecer a função de conselheiro, amparando-a legalmente contra o assédio moral e político no que se refere à estabilidade no emprego, estimulando o seu trabalho imparcial diante da política partidária, para que o controle social e a gestão participativa sejam garantidos. Propõe ainda que os conselheiros que denunciarem os gestores sejam protegidos de qualquer represália.

Com relação à saúde do trabalhador os delegados propuseram a criação de Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos Municipais de Saúde, que atuem junto aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, visando promover a participação dos trabalhadores em questões referentes à saúde ocupacional.

Os delegados também propuseram que fosse criada uma comissão permanente nos Conselhos de Saúde, conforme a política nacional de promoção da igualdade racial, objetivando monitorar os problemas de saúde da população negra.

Sobre a escolha da direção das Unidades de Saúde, foi proposto pela Conferência ao Conselho Nacional de Saúde que os diretores dessas unidades devem ser escolhidos entre os profissionais da área da saúde com formação superior, rejeitando qualquer possibilidade de indicação política para o cargo.

A Conferência reconheceu a importância de se promover permanente articulação do Ministério Público com os conselhos nas três esferas de governo, convocando-o à responsabilidade no que se refere ao cumprimento das determinações da Emenda Constitucional 29/00, à melhoria nos atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, ao cumprimento de apresentação pública do plano de prestação de contas pelos gestores e que sejam divulgados os recursos financeiros do SUS. O Ministério Público foi mencionado nos relatórios da 11ª e 12ª Conferências como colaborador para punir legalmente os gestores que não cumprirem as propostas aprovadas na Conferência.

Promover ações articuladas que integrem os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo através da realização de plenárias, jornais e boletins de informação sobre deliberações, legislação, moções, entre outras questões do campo da saúde, pois o debate democrático e a informação em saúde para o exercício do controle social são fundamentais para a defesa do direito à saúde.

No que se refere especificamente ao controle social nas Conferências de Saúde, foi proposto pelos delegados da 12ª CNS que o não cumprimento das proposições das Conferências pelos gestores implicará punição pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Propôs ainda que seja mantida a realização da Conferência Nacional de Saúde a cada quatro anos, conforme determina a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro

de 1990; e que seja alterado o parágrafo 1º do artigo 1º da mencionada lei, no que se refere ao caráter propositivo da Conferência, passando a deliberativo.

Outro aspecto demonstrado no Relatório Final da conferência relaciona-se à participação das delegações na etapa nacional da Conferência de Saúde, que deve ser financiada pelas três esferas de governo. Ou seja, o governo municipal se responsabiliza pela participação dos seus delegados nas conferências municipais de saúde; os governos municipais e estaduais viabilizam a participação dos seus delegados nas conferências estaduais de saúde; e os governos estaduais e federal se responsabilizam por financiar a participação de seus delegados na Conferência Nacional de Saúde.

Outra proposta, de acordo com o Relatório Final, para fortalecer o controle social e a gestão participativa nas políticas públicas foi a realização de conferências específicas convocadas pelo Conselho Nacional de Saúde, tais como: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no primeiro semestre de 2004; 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; 1ª Conferência Nacional de DST/AIDS/Hepatite C; Conferência Nacional de Atenção Básica em Saúde; 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; 1ª Conferência Nacional de Educação Popular e Saúde; 1ª Conferência Nacional de Gestão Participativa; e 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

Destaca-se ainda a realização de fóruns de acompanhamento das propostas das Conferências de Saúde como forma de integrar as políticas sociais e de avaliar o funcionamento do SUS e o desempenho dos profissionais e trabalhadores da saúde.

O relatório da Conferência aponta ainda a necessidade de estimular a descentralização das Conferências Estaduais e Municipais; que sejam realizadas em outras cidades que não necessariamente na capital, como forma de efetivar a participação dos profissionais, trabalhadores da saúde e da população de um modo geral.

A realização da 12ª CNS também definiu outros instrumentos para consolidar o controle social e a gestão participativa, estabelecendo uma política nacional de ouvidorias do SUS, objetivando ampliar os canais de relação para que a população

possa denunciar, reclamar, sugerir e que, além disso, “as ouvidorias também devem ser geradoras de informações para apoio e qualificação, avaliação e planejamento da gestão em saúde e que os serviços tenham ampla e permanente divulgação à população” (BRASIL, 2003, p. 111).

Outra proposta ressaltada foi que todas as unidades de saúde devem oferecer urnas lacradas para que os usuários possam apresentar sugestões, elogios ou reclamações, que deverão ser discutidas durante as reuniões dos conselhos gestores de saúde e encaminhadas aos Conselhos Municipal ou Estadual de Saúde, conforme o problema descrito pelo usuário.

Para implementar um canal de escuta e interlocução entre os usuários do SUS foi deliberada a criação de serviços telefônicos como o “Disque Saúde”, “desenvolvendo ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais do SUS, nas três esferas de governo” (BRASIL, 2003, p. 112). Portanto, o exercício do controle social no SUS no âmbito dos Conselhos de Saúde depende, entre outros fatores, de como funcionam a comunicação e a articulação entre conselhos, gestores, profissionais, trabalhadores da saúde e usuários na defesa do SUS.

Um dos princípios do controle social é a visibilidade e a transparência nos gastos públicos, por isso consta no relatório a necessidade da realização trimestral de audiências públicas para a prestação de contas pelo gestor, divulgando-a nos meios de comunicação; e que a não observância dessa proposta resultará em penalidades aos gestores estaduais e municipais, além da punição caso estes não entreguem os relatórios mensais para os respectivos Conselhos de Saúde no prazo determinado.

Diante do exposto, o conjunto das propostas defendidas no Eixo Temático intitulado “Controle Social e Gestão Participativa” revela-se fundamental à defesa do Sistema Único de Saúde com controle social, resgatando os princípios fundamentais da Reforma Sanitária e considerando os avanços significativos dos Conselhos de Saúde no controle da Política Pública de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS foi iniciado na década de 70, quando surgiu o Movimento Sanitário liderado por setores progressistas da sociedade civil que apontaram a necessidade de democratização e de reformulação do modelo de assistência à saúde, em que o Estado teria de garantir a liberdade democrática e o direito universal à saúde.

A criação desse sistema pautado nos princípios éticos da universalidade, equidade e da integralidade trouxe a possibilidade de que fosse controlado democraticamente pela população. No entanto, o referido sistema vem passando por dificuldades em sua implementação no contexto de crise do capital e de reforma do Estado. Estas dificuldades estão relacionadas ao financiamento, à gestão e à formação dos trabalhadores da saúde. Apesar das reivindicações dos movimentos populares pelo direito universal à saúde e pela mudança do modelo médico assistencial privatista, continuou predominando a ênfase na ação curativa, privilegiando o modelo hospitalocêntrico, o qual focaliza a doença e não a saúde.

O Sistema Único de Saúde se constituiu num projeto político em favor da saúde como um bem público, consolidado na Constituição Federal e posteriormente nas Leis Orgânicas da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90. Destacamos também que a Constituição brasileira de 1988 garantiu a participação da população na gestão pública como uma das principais diretrizes do SUS, reafirmando-a nesta última lei.

Na conjuntura pós-88 o significado da participação refere-se à capacidade dos sujeitos políticos em contribuir no processo de formulação, acompanhamento, fiscalização e controle da política de saúde, associando a participação à noção de controle social dos vários segmentos sociais sobre o Estado, no sentido de direcionar as políticas públicas para que atendam aos interesses da maioria da população.

Nesse sentido, o controle social na perspectiva do Sistema Único de Saúde significa a participação da sociedade na formulação e gestão da política de saúde, buscando a garantia dos princípios do SUS, instituídos legalmente, contribuindo para o protagonismo dos sujeitos políticos.

Para Correia (2005a), o controle social possibilita que setores organizados na sociedade civil interfiram na gestão pública, orientando as ações e os gastos do Estado em bens e serviços que atendam às demandas da população.

Contudo, o projeto neoliberal implementado no Brasil desde a década de 90 no governo do presidente Fernando Collor vem reduzindo a intervenção do Estado na política de saúde, desmontando direitos e tornando a política de saúde, em parte, sem efetividade, desvelando uma contradição entre o arcabouço legal e o que ocorre na realidade. Por um lado, temos o controle social, que defende o direito à saúde indicando o Estado como responsável na garantia desse direito. Por outro lado, “[...], assistimos à opção do governo por se integrar ao projeto do grande capital e sua conseqüente submissão ao receituário neoliberal das agências financeiras internacionais” (CORREIA, 2005a, p. 66).

Entretanto, não podemos desconsiderar os avanços conquistados legalmente no campo da saúde, especialmente as instâncias colegiadas de controle social como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo, ambos criados pela Lei nº 8.142/90.

As Conferências de Saúde são instrumentos de controle social e espaços de participação dos segmentos representativos da sociedade civil – usuários, trabalhadores de saúde, gestores e outros segmentos de um modo geral, que se reúnem a cada quatro anos para discutir os principais problemas da política de saúde e indicar formas de solucioná-los. Outra função desempenhada pelas Conferências é a de propor diretrizes para a formulação da política de saúde. São propositivas, isto é, propõem ações prioritárias aos gestores para orientar a elaboração do plano de saúde.

Os Conselhos de Saúde, conforme a mencionada lei são órgãos colegiados permanentes e deliberativos, cuja participação na política de saúde atua na formulação e na execução da política em cada esfera de governo. A lei também estabelece a forma de composição das conferências e conselhos, garantindo a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. “No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais” (CORREIA, 2006, p. 127).

No artigo 1º, parágrafo 2º, da Lei nº 8.142/90, ressalta-se o caráter deliberativo dos Conselhos. Contudo, estabelecem-se restrições à autonomia destes quando afirma que as decisões só terão validade se forem homologadas pelo Poder Executivo correspondente a cada esfera de governo.

Contudo, consideramos que essas instâncias de controle social – Conselhos e Conferências - têm limites na transformação da realidade na política de saúde. Numa sociedade onde o lucro e a acumulação do capital são imprescindíveis, predomina a mercantilização, a terceirização e a privatização da saúde em detrimento de uma política de caráter público e universal. Tais instâncias encontram limites e desafios em sua atuação, “pois os rumos das políticas sociais são, na sua maior parte, definidos num nível macro, ou seja, são resultados de acordos com os agentes financeiros internacionais” (CORREIA, 2005a, p. 40).

Conforme Bravo (2006), a defesa da Reforma Sanitária e a participação democrática são os maiores desafios do controle social no Sistema Único de Saúde, uma vez que os recursos financeiros federais determinados na atual Constituição a serem aplicados no mencionado sistema “nunca foram cumpridos pelos governos.” (BRAVO, 2006, p.95).

Partindo do pressuposto de que a sociedade não é homogênea, pois nela residem interesses contraditórios e antagônicos entre as classes sociais, em que os segmentos subalternos representam os interesses do trabalho e a classe dominante defende as propostas em direção à defesa do capital, consideramos que as Conferências e os conselhos, que deveriam ser um espaço de luta em torno da defesa do SUS, que é para todos, independentemente do segmento representativo, contraditoriamente nem sempre são consensuais nesta direção.

Quanto ao Estado, este utiliza os aparelhos repressivos de dominação e coerção como recursos essenciais para buscar o consentimento e a adesão dos segmentos subalternos ao projeto burguês. Constatamos que nas Conferências Nacionais de Saúde existe a discussão de projetos societários distintos expressando a correlação de forças em torno dos rumos da política de saúde. Assim, o controle social neste espaço “poderá ser maior de uma classe ou de outra em determinados momentos, de acordo com a capacidade destas em formar consensos em torno do seu projeto” (CORREIA, 2005b, p.47).

Neste estudo, apresentamos uma descrição da 1ª à 7ª Conferências Nacionais de Saúde, caracterizamos as propostas e perspectivas de controle social contidas na 8ª à 12ª Conferência, observando os avanços e limites destas últimas por se tratar do objeto de investigação deste estudo.

Assim, no Relatório Final da 8ª CNS percebemos alguns pontos positivos: esta Conferência representou um novo marco na história da política de saúde, uma vez que foram lançadas as diretrizes para a construção do SUS; ampliação do conceito de saúde; a necessidade de implantar uma Reforma Sanitária; proposta para uma nova Constituição, em que a saúde foi colocada como um direito de todos e responsabilidade do Estado; primeira Conferência em que houve a participação dos diversos segmentos da sociedade civil; a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas sociais e econômicas, entre outras questões relevantes à área da saúde.

Para Bloch e Escorel (2005, p.83), a 8ª CNS significou uma nova institucionalidade das Conferências, uma vez que se caracterizou como um fórum, que mesmo sendo convocado pelo Governo Federal para dar resposta a este poder central, “passou a ter vida própria, tentando constituir-se em um ente à parte, autônomo e independente”.

A 8ª CNS não tratou o controle social especificamente como um eixo temático. A concepção de controle social nesta Conferência surge articulada à de participação da sociedade civil nas decisões do Estado. É a primeira Conferência em que há uma ampla participação social, pois nas Conferências anteriores os debates se restringiam às autoridades do Poder Público. O importante foi o tratamento da participação social no sentido de democratizar o sistema de saúde no período de redemocratização do país.

O Relatório Final da 8ª CNS serviu de base para a formulação do Sistema Único de Saúde, tornando-se um divisor de águas na história da política de saúde brasileira, incluindo a participação social como elemento fundamental à construção da política nacional de saúde. Da 9ª à 12ª Conferência as proposições foram centralizadas em torno do fortalecimento e defesa dos princípios do SUS com controle social.

A principal reivindicação da 9ª CNS foi a municipalização e a descentralização da saúde, “e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde e do fortalecimento da descentralização e do controle social” (CORREIA, 2006, p. 126). Assim, percebe-se que o Relatório Final da 9ª CNS centraliza suas proposições no sentido de reiterar o que já está determinado pela lei, tentando que esta deixe de ser um mero instrumento formal, passando à sua aplicação.

Dessa forma, a concepção de controle social nesta Conferência propõe o fortalecimento dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo, enfatizando a necessidade de controle na política de Seguridade Social (assistência social, previdência e saúde). Observa-se na década de 90 o aumento quantitativo de Conselhos de Saúde espalhados pelo país. No entanto, a realidade mostra que a efetividade do controle social não depende da quantidade de Conselhos, pois as transformações na sociedade com a adoção da política neoliberal vêm impondo limites ao caráter universal das políticas sociais.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde centralizou os debates em torno dos problemas e dificuldades na implementação do SUS causados pela política neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso. Os participantes desta Conferência protestaram contra os efeitos desta política no setor saúde.

As propostas giraram em torno do fortalecimento do controle social através de mecanismos de participação como conselhos gestores, ouvidorias, fóruns, serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS; além de outras propostas como: deliberações e divulgação das ações dos conselhos, descentralização das reuniões, existência de um regimento interno, identificação dos conselheiros de saúde, cadastro nacional e estadual de conselheiros e Conselhos de Saúde, entre outras que já tinham sido discutidas na 9ª Conferência Nacional de Saúde. Em suma, as propostas da 10ª CNS não tiveram nenhum avanço significativo em relação à 9ª Conferência.

A perspectiva de controle social posta pelos participantes da 10ª Conferência relacionou-se ao fortalecimento do controle social, “reafirmando a obrigação de os gestores cumprirem a legislação do SUS” (BRASIL, 1996, p.41), objetivando a democratização da saúde através dos Conselhos de Saúde, tendo em vista o poder deliberativo e fiscalizador na formulação, controle e execução da política de saúde.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde ressaltou os avanços alcançados durante os 10 anos de implantação do SUS sem, no entanto, deixar de debater os problemas que precisam ser superados para que o sistema seja efetivado.

O tema central da Conferência, “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, foi debatido na expectativa de que houvesse avanços na humanização, isto é, que se estabelecessem vínculos humanos na relação entre os usuários, profissionais e trabalhadores da saúde.

As propostas em torno do controle social foram centralizadas na necessidade de ampliar a existência deste controle em outras instâncias, através da criação de Conselhos Gestores em todas as Unidades de Saúde (ambulatórios, hospitais públicos ou conveniados), a implantação de ouvidorias e orçamento participativo, entre outras que pudessem aproximar o usuário e qualificar a sua participação no sistema de saúde. Nesse sentido, consideramos que houve avanços nesta direção.

A 12ª CNS tentou buscar o aprimoramento do SUS com controle social, avaliando os 15 anos do Sistema Único de Saúde. Representou um esforço na busca de soluções para efetivar um sistema de saúde, discutindo e avaliando propostas na direção do eixo principal “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos o SUS que queremos”.

Dessa forma, sua intenção era resgatar os princípios da Reforma Sanitária para que a Conferência fosse tão marcante para a política de saúde como foi a 8ª CNS. Realizou-se em uma conjuntura política de grandes expectativas em torno do governo Luiz Inácio Lula da Silva para a efetivação de uma política de saúde coerente com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, a política de saúde vem sendo privatizada, prevalecendo a lógica do capital em detrimento da universalização da saúde. Na atual conjuntura, processa-se a redução da intervenção do Estado na área da saúde, transferindo-a para a rede privada, contribuindo para a precarização do sistema público de saúde.

Observa-se que a 12ª CNS, no que se refere ao controle social, centralizou os debates na direção do cumprimento da legislação do Sistema Único de Saúde pelos gestores e na implementação de instrumentos para o fortalecimento do controle social e da gestão participativa, através da mobilização e da participação social dos

diversos segmentos organizados da sociedade civil, visando à construção do “SUS que queremos.”

No que se refere às concepções de controle social dos autores contemporâneos Correia (2000), Raichelis (2000), Carvalho (1995), Abreu (1999), Bravo (2006), Côrtes (1998) e Barros (1994), observa-se que todos analisam o controle social inserido na relação Estado e sociedade civil, destacando a importância da participação desta última no controle da política de saúde, fundamental à realização das Conferências. Esta também foi a concepção de controle social expressa nos Relatórios Finais das Conferências aqui estudadas. Essas Conferências direcionaram suas proposições para o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado no âmbito da saúde.

Dessa forma, os referidos autores analisaram o controle social numa perspectiva de democratização da saúde com controle social, assemelhando-se às concepções de controle social postas nas Conferências. Porém, destacamos que a concepção de controle social na perspectiva de classe abordada pelas autoras Correia (2000), Abreu (1999) e Bravo (2006), fundamentadas no referencial teórico de Gramsci, não está contemplada nos Relatórios Finais das Conferências.

Para Krüger (2005), os direitos sociais instituídos pela Constituição de 1988 foram ameaçados pela conjuntura neoliberal da década de 90 e dos anos 2000, sendo uma das pautas de debate das Conferências e suas propostas se deram no sentido de assegurar o arcabouço jurídico do SUS.

Convém ressaltar a análise crítica dos participantes da 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências ao elaborarem a Carta à Sociedade Brasileira, discutindo os problemas e dificuldades na implementação do SUS, atribuindo-os isto à adoção do projeto neoliberal do governo Collor no início da década de 90, com continuidade nos governos posteriores.

Desta forma, o Estado ao adotar o modelo neoliberal minimiza a sua responsabilidade na execução das políticas sociais, priorizando um projeto voltado para a estabilidade econômica, configurando uma política social em que direitos sociais têm sido desqualificados diante da atual realidade.

Por fim, consideramos que as propostas das Conferências Nacionais de Saúde tiveram avanços, de uma conferência em relação à outra, uma vez que propuseram a implantação de instrumentos de fortalecimento do controle social, contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento deste. Contudo, a consolidação do SUS e a efetividade do controle social encontram limites estruturais e conjunturais próprios de uma realidade em que o Estado se direciona para atender às demandas do capital em detrimento das demandas do trabalho, no contexto de crise contemporânea.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação – trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. **NBR 10520**: informação e documentação – apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **NBR 6024**: informação e documentação - Numeração progressiva das seções de um documento escrito – Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **NBR 6027**: informação e elaboração - sumário. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **NBR 6028**: informação e elaboração - resumos. Rio de Janeiro, 2003.

ABREU, Marina Maciel. A relação entre o Estado e a sociedade civil: a questão dos conselhos de direitos e a participação do Serviço Social. In: **Serviço Social & Movimento Social**, São Luís, v. 1, p. 61-76, jul./dez.1999.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. IN: **Incentivo à Participação Popular e o Controle Social no SUS** (Textos técnicos para conselheiros de saúde). Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. IN: Saúde e Serviço Social. Maria Inês Souza Bravo... [et al.], (org.) São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). IN: **Serviço Social & Sociedade nº 88**, novembro, São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL, **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde, 1941**. [s.n.t.]

BRASIL, **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986**. [s.n.t.]

BRASIL, **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, 1992**. [s.n.t.]

BRASIL, **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996**. [s.n.t.]

BRASIL, **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000**. [s.n.t.]

BRASIL, **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003**. [s.n.t.]

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. [s.n.t.]

BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. [s.n.t.]

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. [s.n.t.]

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** [s.n.t.]

BRASIL, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 06 de novembro de 1996.** [s.n.t.]

BRASIL, **Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992,** do Conselho Nacional de Saúde. [s.n.t.]

BRASIL, **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003,** do Conselho Nacional de Saúde. [s.n.t.]

BRASIL, **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** [s.n.t.]

BRASIL, **Norma Operacional da Assistência à Saúde - SUS/ 2001.** [s.n.t.]

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil Privatizado: um balanço do desmonte do Estado.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999.

BOGO, Ademar. **Os Desafios Políticos Atuais e a Formação de Quadros.** Março, 2005. Disponível em < [http:// br.geocities.com/crbr... / Ademar Bogo – Desafios da Formação.doc – similares.html](http://br.geocities.com/crbr.../AdemarBogo-DesafiosdaFormacao.doc-similares.html) >. Acesso em 14 de jul.2009.

BLOCH, Renata Arruda de. ESCOREL, Sarah. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. IN: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** (orgs). Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de Saúde e Serviço Social. IN: **Serviço Social e Políticas Sociais.** (orgs) Ilma Rezende e Ludmila Fontenele Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CAVALCANTE, Pedro. **Políticas de Saúde no Brasil.** Disponível em: <[http://www.medsobral.ufc.br/especializacao \\_ psf/psf/Políticas de Saúde no Brasil.ppt](http://www.medsobral.ufc.br/especializacao_psf/psf/PolíticasdeSaudeNoBrasil.ppt)>. Acesso em: 20 jul.2009.

COTRIM, Gilberto. **História Global. Brasil e Geral.** 8 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CÔRTEZ, Maria Soraya Vargas. Conselhos Municipais de Saúde: A possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s/l], ABRASCO, v. 1, n. 1, 1998.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci** – um estudo sobre seu pensamento político. Civilização Brasileira, 3. ed. 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções: o marxismo na batalha das idéias.** São Paulo: Cortez, 2006.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde**: participação cidadã e social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. 11 ed. Campinas: Papyrus, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social?** Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a.

\_\_\_\_\_. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese de Doutorado, UFPE, 2005b.

\_\_\_\_\_. O protagonismo do Banco Mundial na orientação das políticas de saúde. In: VIEIRA, Ana Cristina de Souza; AMARAL, Maria Virginia (orgs). **Trabalho e direitos sociais: bases para a discussão**. Maceió: EDUFAL, 2008.

\_\_\_\_\_. Controle Social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

DEGENNSZAJH, Raquel Raichelis. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em serviço social e política social**, módulo 3. – Brasília: UnB, CEAD, 2000.

SCOREL, Sarah. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Revista Poli: saúde, educação e trabalho** – jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde, [s/l], ano 1, n. 1, set./out., 2008.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho (orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FIGUEIRA, Divalte Garcia. **História**. São Paulo. Editora Ática, 2007.

GRANEMANN Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo *et. al* (orgs). **Política de Saúde na Atual Conjuntura**: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa**: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HOLLOWAY, John. Lá ciudadanía y La separación de lo político y lo econômico. In: **Fundamentos Teóricos para uma Crítica Marxista de La Administración Pública**. México: Instituto Nacional de Administración Pública, 1982.

IAMAMOTO, Marilda. CARVALHO Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 6. ed. São Paulo, Cortez, 1988.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 56, março, Cortez, 1998.

KRÜGER, Tânia Regina. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Tese de Doutorado, UFPE, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça Mendes. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. t. 1.

MENDONÇA, Ana Maria Ávila. **Ditadura e Direitos Sociais**: a História da Constituição dos Direitos Sociais no Brasil. Tese de Doutorado. UFPE, 2005.

MELLO, Leonel Itaussu Almeida. John Locke e o individualismo liberal. In: WEFORT, Francisco (org.). **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci. **Gestão Participativa em Saúde**: potencialidades para o aprofundamento da democracia. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, nº 65, 2003.

NASCIMENTO, Milton Meira do. Rousseau: da servidão à liberdade. In: WEFORT, Francisco (org.). **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 2002.

NÉDER, Carlos. Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros. In: **Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS** (textos técnicos para conselheiros de saúde). Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In: Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro; MEDSI. 1993.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma do Estado para a cidadania**. São Paulo/Brasília: ED 34/ENAP, 1998.

PORTO, Maria Célia da Silva. **A Condição do Estado Assistencialista no Brasil Pós-Constituinte**. Tese de Doutorado. UFPE, 2005.

\_\_\_\_\_. **A Condição do Estado Assistencialista no Brasil Pós-Constituinte**: um exame sobre as determinidades das políticas sociais brasileiras em face das imposições do ajuste neoliberal. Maceió: EDUFAL, 2007.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, SP, 2000.

RIBEIRO, Renato Janine. Hobbes: o medo e a esperança. In: WEFORT, Francisco (org.). **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 2002.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas

perspectivas. In: **Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS** (textos técnicos para conselheiros de saúde). Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3 ed. Florianópolis/São Paulo: Ed. da UFSC/Cortez, 2004.

SILVA, Ademir Alves da. Política Social e Política Econômica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 55, nov., 1997.

STEIN, Rosa Helena. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 54, 1997.

TEIXEIRA, Francisco José Soares. O neoliberalismo em debate. TEIXEIRA, Francisco José Soares; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de (orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez, 1998.