

A PARTICIPAÇÃO POPULAR ENQUANTO INSTRUMENTO DEMOCRÁTICO NA CONCRETIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A INTEGRAÇÃO ENTRE SOCIEDADE E PODER PÚBLICO LOCAL

Bruna Carolina Mariano¹
Evandro Xavier de Almeida²
Adriane Medianeira Toaldo³

RESUMO: A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado, que tem como responsabilidade a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, através de políticas sociais e econômicas que possibilitem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. É das políticas públicas que se busca defender os direitos assegurados constitucionalmente, desta forma as políticas são formuladas por iniciativa dos poderes executivo ou legislativo, como também por propostas e demandas da sociedade. A participação da comunidade na gestão do SUS, tutelada pela Lei 8.142 de 1990, diz respeito à cooperação democrática dos usuários no processo de definição e execução das políticas de saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde que ocorrem nas três esferas do governo. Assim, o artigo procura mostrar que a integração entre a comunidade e o poder público local constitui um instrumento importante para a implementação das políticas públicas de saúde.

Palavras-chaves: Comunidade. Participação Popular. Políticas Públicas. Poder Público Local. Saúde.

ABSTRACT: From the 1988 Federal Constitution, health came to be seen as a right and duty of the State, which is responsible for reducing the risks of diseases and other health problems through social and economic policies that provide universal access and equal access to actions and promotion, protection and recovery services. It is public policy that seeks to defend the constitutionally guaranteed rights in this way policies are formulated on the initiative of the executive or legislative branches, as well as for proposals and demands of society. Community participation in the SUS, tutored by Law 8142 of 1990 relates to democratic cooperation of users in the

1 Acadêmica do curso de Direito pela Universidade Luterana do Brasil de Santa Maria, RS, ULBRA. E-mail: bruna131@yahoo.com.br

2 Acadêmico do curso de Direito pela Universidade Luterana do Brasil de Santa Maria, RS, ULBRA. E-mail: evandrox_almeida@hotmail.com

3 Doutoranda e Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, UNISC. Professora na Universidade Luterana do Brasil, ULBRA – Campus Santa Maria. Advogada. Integrante do grupo de pesquisa Gestão Local e Políticas Públicas, coordenado pelo professor Pós-Doutor Ricardo Hermany do Programa de Pós-Graduação em Direito- Mestrado/Doutorado da UNISC. adrianetoaldo@terra.com.br.

definition and implementation of health policy process, whether in health care units in the councils or health conferences that occur in three spheres of government. Thus, the article attempts to show that the integration between the community and the local government is an important instrument for the implementation of public health policies.

Keywords: Community. Popular Participation. Public Policy. Local Government. Health.

INTRODUÇÃO

O direito fundamental à saúde está disposto na Constituição Federal como um dos mais importantes para o exercício da cidadania, já que promove o bem-estar e a qualidade de vida da população.

O processo de descentralização atende aos anseios democráticos e à própria efetividade da atuação em saúde, pois concentra nos municípios a tarefa de organizar estes serviços de acordo com a demanda da população. Ao mesmo tempo, o cidadão pode acompanhar o desenrolar das políticas públicas de saúde através de órgãos como o conselho municipal de saúde, órgão que executa o controle social em âmbito local.

A Lei Nacional 8.142/90, que surgiu para complementar a Lei 8.080/90, trata sobre a participação da comunidade na gestão da saúde, prevendo a criação do Conselho de Saúde, em cada esfera de governo. Esse conselho se caracteriza por ser um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários.

Neste contexto, o presente ensaio, tem por objetivo demonstrar que a integração entre sociedade e poder público local é indispensável para execução de políticas públicas de saúde mais eficientes. Assim, no primeiro momento, o texto irá analisar a trajetória das políticas públicas de saúde além de situá-las do sistema normativo previsto no texto constitucional de 1988. Em momento posterior, será realizado um enfoque sobre a descentralização e o princípio da subsidiariedade. Por fim, abordar-se-á as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como mecanismos democráticos de implementação das políticas públicas de saúde, destacando, também, os limites, desafios e importância da participação popular no Sistema Único de Saúde.

1 A ESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Foi no século XIX, com a chegada da Corte Portuguesa, que se iniciou a trajetória das políticas públicas no país. Na época do Brasil Colônia eram implantadas apenas algumas ações visando o combate da lepra e à peste, o precário controle sanitário só era aplicado na região dos portos.

A adoção do modelo “campanhista”, no período de 1870 a 1930, caracterizou as primeiras ações do Estado mais efetivas na proteção da saúde, porém as mesmas eram executadas através da força policial. Além dos vários abusos cometidos este tipo de ação não visava as políticas curativas que ficavam sob responsabilidade da caridade e de serviços privados, o que tornava o atendimento desigual. (BARROSO, 2008, p. 1).

Na década de 30 o serviço básico de saúde foi se estruturando, foram criadas ações curativas com os Institutos de Previdência (IAPs), entretanto somente os trabalhadores eram contribuintes e beneficiários do novo sistema, tendo assim acesso à saúde. O atendimento continuou sendo negado à população que não integrava o mercado formal de trabalho e que continuavam dependendo da caridade, o que se seguiu durante o período da ditadura militar e só mudou com o advento da carta magna de 1988. (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 1).

No entendimento de Coelho: “A partir dos anos 70, a participação e a deliberação nos ‘novos espaços democráticos’, criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local e nacional, começaram a ser defendidas como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo”. (COELHO, 2007, p. 77).

Quanto às políticas públicas, podemos explica-las como um conjunto de ações por parte do Estado, de forma direta ou não, com a participação de entes públicos e privados. Conforme o filósofo John Dewey (1859-1952) políticas públicas são a forma em que se definem os problemas e em que se constroem as questões, como também à forma com que elas chegam à agenda política e à agenda das políticas públicas.

Através das políticas públicas se busca defender os direitos assegurados constitucionalmente. As políticas são formuladas por iniciativa dos poderes executivo ou legislativo, como também por propostas e demandas da sociedade.

A Lei Complementar n.º 131 (Lei da Transparência), de 27 de maio de 2009, assegura a participação da sociedade nas políticas públicas, transformando a desta

forma em um dever do Estado e um direito do cidadão. Assim determina a referida lei:

- I – incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos;
- II – liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público.

2 O NOVO SISTEMA NORMATIVO A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser entendida como direito de todos e dever do Estado, que tem como responsabilidade à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, através de políticas sociais e econômicas que possibilitem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. O direito a saúde faz parte do conjunto de direitos fundamentais e estes direitos, no entender de Kretz estão coadunados com a ideia de um Estado Democrático de Direito, que tem como um de seus fundamentos principais a dignidade da pessoa humana como pressuposto básico para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. (KRETZ, 2005, p. 108).

A dignidade da pessoa humana é considerada o centro irradiador dos outros direitos fundamentais, e quando se fala em vida com dignidade fica clara a necessidade de cuidado com a saúde, de acordo com Germano André Doederlein Schwartz “a saúde é, senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim a saúde se conecta ao direito à vida”. (SCHWARTZ, 2001, p. 52).

Por meio da Constituição foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que vem a ser regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade.

Através da instituição formal do SUS as ações e os serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada, hierarquizada e um sistema único organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A descentralização possibilita que os serviços de saúde sejam melhor coordenados e atendam de modo mais preciso as necessidades dos usuários nos municípios. A descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas do governo e a execução de serviços por conta dos municípios, envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para municipal. Contudo, alguns municípios não dispõem de condições de prover em toda a sua área territorial ações e serviços necessários para a atenção integral de sua população, por isso a regionalização torna-se necessária para que as pessoas possam buscar soluções para os seus problemas de saúde nos municípios-polo.

Outra diretriz do SUS refere-se ao atendimento integral, que tem como prioridade as atividades preventivas. A integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, diz respeito à continuidade do atendimento e ao cuidado dos usuários em seus diversos níveis de atenção à saúde (Básico, Secundário e Terciário), que deve ser regulado pelas unidades prestadoras de serviço. Entretanto, essa integralidade por diversas vezes não acontece, seja por descompromisso dos profissionais, por dificuldades encontradas pelas unidades de saúde, por inúmeros fatores que deixam a população desassistida, sem que tenham conhecimento de seus direitos. De fato, a criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do nosso país, no entanto, percebe-se ainda um grande distanciamento entre o que está escrito e o que é realizado atualmente.

A participação da comunidade na gestão do SUS, amparada pela Lei 8.142 de 1990, diz respeito à participação democrática dos usuários no processo de definição e execução das políticas de saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde que ocorrem nas três esferas do governo.

De acordo com o entendimento de Souza: “A participação social é um dos caminhos da democracia, ela tem força de alterar a realidade local, pois possibilita dar sentido amplo aos princípios da igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade”. Seguindo ainda Souza destaca que “É através da participação que se supera a resignação e o medo e gera as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania”. (SOUZA, 2004, p. 1).

3 DESCENTRALIZAÇÃO E O PRINCIPIO DA SUBSIDIARIEDADE

O Princípio da Subsidiariedade pode ser definido resumidamente como a transferência do poder sobre as políticas públicas para a população, para que aqueles que são beneficiários desta possam através da democracia gerir nada menos que o seu direito. Este princípio tem ligação direta com a descentralização, reconhecendo a necessidade de participação dos atores sociais, que foi proposta pelo desígnio do SUS e que transfere as atenções em saúde como responsabilidade primeiramente do município que é o ente federado mais competente para tratar do assunto.

A relação de município com a questão da descentralização pode ser explicada pelo fato de que, por estar justamente mais próximo do usuário, o município pode fazer um atendimento mais igualitário e justo de acordo com a necessidade real de sua localidade. A Constituição Federal em seu Art. 30, inciso I, propiciando justamente a descentralização administrativa autoriza os municípios a legislar sobre os assuntos de interesse local.

O art. 198 da Carta Magna prescreve a descentralização do Sistema Único de Saúde, através dela que é destinada aos entes locais a assistência à saúde, tanto na prevenção e como no tratamento. De acordo com Baracho a estrutura do poder local enfoca no fato de ele ser a autoridade que está mais próxima das necessidades e das reivindicações dos cidadãos, apoiada nos processos de desburocratização, descentralização e participação de atores sociais, tornando assim mais democráticas as decisões. (BARACHO, 1996, p.19).

A respeito do poder local, colhe-se o pensamento de Dowbor:

O município está despontando como um grande agente de justiça social. É a nível local que se pode realmente identificar com clareza as principais ações redistributivas. Estas ações dependem vitalmente de soluções locais e de momentos políticos, e as propostas demasiado globais simplesmente não funcionam, na medida em que enfrentam interesses dominantes organizados, e complexidades políticas que inviabilizam os projetos. Enfim e, sobretudo, o município permite uma democratização das decisões, na medida em que o cidadão pode intervir com muito mais clareza e facilidade em assuntos da sua própria vizinhança e dos quais tem conhecimento direto, sem a medição de grandes estruturas políticas. (DOWBOR, 1994, p. 25).

A descentralização, quando levado em consideração um país com grande extensão territorial como o Brasil, se torna indispensável para tornar igualitário o acesso a saúde que pode ser mais bem disponibilizado pelo ente presente no dia-a-

dia da população. Ainda de acordo com a reflexão dos conselhos municipais, transcreve-se:

A descentralização gerou maiores espaços para a participação de setores organizados da população e gestão de políticas sociais. Esta abertura de espaços deu-se principalmente através da criação de conselhos consultivos ou deliberativos, em muitos casos de caráter paritário em termos de sua composição – com igual número de representantes do Estado e das organizações da sociedade civil – que se transformaram em uma nova instância decisória, ao lado do Poder Executivo e do Poder Legislativo tradicionais. (HERINGER, 2002, p. 79).

4 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E CONSELHOS DE SAÚDE: INSTRUMENTOS DEMOCRÁTICOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As Conferências de Saúde podem ser definidas como espaços abertos para a discussão e construção coletiva do sistema público de saúde de modo que a participação popular, usuários do sistema e parcelas da sociedade, pode decidir os rumos que devem ser tomados em cada esfera da federação. (BRASIL, 2011h, p. 8).

As Conferências de Saúde devem ser regidas pela transparência e sua realização deve ocorrer de forma ascendente possibilitando a participação dos bairros, das regiões ou distritos só assim passando para o plano municipal e posteriormente para o estadual e nacional. (BRASIL, 2011h, p.9). No que se refere no plano municipal à conferência deve ser realizada no primeiro ano da administração então eleita, tendo como objetivo a confecção das políticas públicas que deverão integrar o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Plano Plurianual (PPA). Estes planos são os norteadores para o governo nos 3 anos de gestão e no primeiro de mandato, sendo que devem ocorrer de 4 em 4 anos. (BRASIL, 2011h, p. 8 e 9). A etapa nacional ocorre no terceiro ano da gestão municipal, neste caso deve ser antecipada por uma etapa municipal que visa discutir assuntos de interesse nacional e nomear os delegados que farão parte da etapa estadual e também da nacional. (BRASIL, 2011h, p. 8).

De acordo com o § 1º da Lei Nacional nº 8.142/90, a Conferência Nacional de Saúde deve ser convocada pelo Poder Executivo ou em casos excepcionais pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 2011h, p.10). Desta forma cabe ao prefeito convocar a conferência ordinariamente e no caso de decisão

política sobre a realização da conferência, o Conselho de Saúde deve discutir juntamente com o Secretário de Saúde sobre a organização, deixando a execução sobre responsabilidade do executivo. Ainda de acordo com o art. 5º da mesma lei, o processo de organização da conferência deve conter em seu Regimento Interno. (BRASIL, 2011h, p. 11).

No que se refere à composição das conferências, o § 4º da Lei 8.142/90 estabelece que deva ser paritária a participação dos usuários do sistema quando em relação aos outros segmentos que a compõem. (BRASIL, 2011g, p. 1). Quanto ao número de delegados, este deve ser o mais representativo possível com base no contexto social. Já se tratando das vagas, estas devem seguir de forma paritária onde 50% das vagas devem ser destinadas para os delegados eleitos pelos usuários do sistema e os outros 50% para os delegados eleitos pelos profissionais de saúde, prestadores de serviço e pelo governo na proporção de 1/3 para cada. (BRASIL, 2011h, p. 12).

A plenária final consiste nas deliberações das conferências, objetivando aprovar as propostas que foram apresentadas pelos delegados. Ao final da conferência estas propostas devem ser registradas como documento, conhecido como Relatório Final, o qual deve ser divulgado e encaminhado aos Conselhos de Saúde, e servir como base para as conferências superiores, tanto estaduais quanto nacionais. (BRASIL, 2011h, p. 16).

No geral, os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas até hoje tem fortalecido a importância do controle social e a participação da população na gestão do SUS. A 9ª CNS mostrou a necessidade dos movimentos populares criarem e manterem seus foros autônomos e independentes do Poder Público, uma vez que auxilia a evitar a instrumentalização e cooptação por parte do Estado. O controle social não deve reduzir-se a instrumentos formais de tutela, desta forma deve consistir no poder real da população em criar, fiscalizar e alterar a política e o direito. (BRASIL, 2011i, p. 33).

A participação popular no SUS foi reforçada no Relatório Final da 12ª CNS que propôs o fortalecimento da mobilização da sociedade no controle social das políticas de saúde. No relatório do 12ª CNS foi proposto a criação de novos canais de comunicação entre a sociedade e o governo; a educação popular da saúde; criação de fóruns de acompanhamento nas decisões das conferências, a garantia de cumprimento das deliberações sob pena de punição por parte do Conselho Nacional

de Saúde; a capacitação de líderes populares; o fortalecimento e a criação dos conselhos nas três esferas do governo; entre outras demandas. (BRASIL, 2011c, p. 101 e 111).

Um das maiores preocupações, que se tornou visível na 9ª CNS, refere-se a falta do exercício de caráter deliberativo das Conferências e dos Conselhos de Saúde, motivo este que resultou em uma das propostas do Relatório Final da mesma conferência onde foi apontado a necessidade da criação de uma lei específica para garantir este caráter deliberativo das conferências, dispositivo este que ainda não foi criado. (BRASIL, 2011i, p. 36).

Os Conselhos de Saúde, resumidos como sentido pleno de realização dos preceitos sociais estabelecidos na Carta Magna de 1988 na gestão das políticas públicas. Eles podem ser definidos conforme o § 2º da Lei 8.142/90 da seguinte forma:

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 2011g, p. 1).

De acordo com Silvia Gershman os Conselhos de Saúde são as principais instâncias de acesso popular na definição dos rumos da política de saúde nos planos nacional, estadual e municipal. (GERSHMAN, 2004, p. 28).

Para José Luiz Toro da Silva os conselhos são espaços onde são disputadas a legitimação das ações e interesses da população, desta forma consistem tanto em espaços de ampliação de cidadania, trazendo ao mundo político sujeito coletivos até então ausentes neste cenário, como também se transformar em instrumentos de legitimação da racionalidade estatal e de mercado. (DA SILVA, 2011, p. 119). Ainda segundo o mesmo autor estes espaços de democracia participativa responsáveis pela proteção do direito fundamental à saúde no âmbito extrajudicial existem nas três esferas do governo e vinculam-se ao Poder Executivo por intermédio das Secretárias e Departamentos de Saúde, sendo constituídos de poder permanente e deliberativo, com necessidade de funcionamento, onde seus integrantes podem decidir assuntos relativos à saúde, sendo que estas decisões

devem ser homologadas pelo chefe do Executivo da sua respectiva esfera de atuação. (DA SILVA, 2011, p. 18).

Assim como nas Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde seguem as regras, no que diz respeito aos padrões de paridade, estabelecidos no § 4º da Lei 8.142/90. Já com relação aos percentuais de participação no conselho, 50% das vagas devem ser destinadas às entidades que representam os usuários e os 50% restantes serão divididos entre os outros segmentos que irão compor o Conselho. Desta forma destes 50%, 25% são destinados para os profissionais e saúde e os outros 25% para representantes do governo e de prestadores de saúde. (BALSEMÃO, 2003, p. 306). Da mesma forma, o § 3º da mesma lei, também garante a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) no Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2011g, p. 1).

Algumas restrições devem ser observadas no que se refere à representação nos Conselhos de Saúde, no que tange aos membros do Poder Legislativo e do Judiciário, justamente pelo princípio da separação dos poderes e pelo fato dos Conselhos pertencerem ao Poder Executivo, os membros do judiciário e do legislativo somente poderão participar no conselho mediante licença ou afastamento de sua função, mesmo que já façam parte de entidades da sociedade civil. (BRASIL, 2011j, p. 35). Em relação aos partidos políticos, estes apesar do princípio da universalidade não fazem jus a representação no conselho, entretanto esta participação pode ser pleiteada a participação e se aceita tornaria o direito estendido a todos os outros partidos. (BRASIL, 2011j, p. 36).

Neste mesmo sentido deve se atentar para a participação de municípios vizinhos já que estes não estão autorizados a participar, pois não possuem legitimidade e nem representatividade para fazer parte do conselho de outro município que não o seu. (BRASIL, 2011j, p. 39). Porém no caso de trabalhadores da saúde, que executam atividades em município diferente do seu de moradia, não há restrição para que este participe do Conselho de Saúde da cidade em que trabalha. Da mesma forma instituições públicas estaduais e nacionais escolhidas pela população também podem fazer parte do Conselho Municipal. (BRASIL, 2011j, p. 40).

Quanto ao número de conselheiros recomenda-se que não seja inferior a 10 e nem superior a 20, número este que deve variar de acordo a situação real de cada

estado e município, sempre primando pela paridade em relação à representação dos usuários do sistema no conselho. A resolução nº 33/92 da CNS mostra uma relação exemplificativa de órgãos e entidades que devem fazer parte do Conselho Estadual de Saúde, sendo que esta relação pode ser alterada de acordo com as necessidades regionais. (BRASIL, 2011k, p. 1).

No que se refere aos representantes do governo podemos citar: Representantes do Governo Federal; Secretária de Saúde; representantes dos trabalhadores da área de saúde e representantes de prestadores de serviços sendo que deste, metade são de entidades filantrópicas e metade de não filantrópicas. Quanto aos representantes dos usuários temos: Representantes de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores rurais; representantes de movimentos comunitários e de conselhos comunitários; representantes de associações de portadores de deficiências e de associações de portadores de patologias e representantes de entidades de defesa do consumidor. (BRASIL, 2011k, p. 1).

Importante ressaltar que o Poder Executivo não pode interferir na escolha dos representantes de cada entidade, podendo opinar apenas na escolha de membros pertencentes a sua administração. (BRASIL, 2011k, p. 1). Essa restrição existe como forma proteger a autonomia, legitimidade e o caráter plural do conselho já que a entidade fiscalizadora não pode ter poder de escolher, nomear e exonerar membros de entidades que o fiscalizarão. (BRASIL, 2011h, p. 19).

Ao final da escolha dos representantes é o Poder Legislativo que discute e vota a lei que define o número de conselheiros e as entidades que farão parte do conselho, além disso, é facultado ao Legislativo determinar os critérios a serem analisados na escolha das entidades e instituições que pleiteiam a participação no conselho, regulamentar os mandatos e os processos eleitorais que devem ser presididos pelo Ministério Público. (BRASIL, 2011j, p. 36).

O mandato dos conselheiros deve ser estabelecido no regimento interno, o aconselhado é que seja de dois anos podendo haver uma reeleição, sendo assim também não pode coincidir com o mandato do Governo Estadual e/ou do Municipal. (BRASIL, 2011k, p. 1). Após a eleição das entidades representadas e a nomeação dos conselheiros, deve-se eleger a coordenação deste conselho. Qualquer representante pode ser eleito coordenador através de negociações entre os entes que integram o conselho. (BRASIL, 2011j, p. 41). Com relação à estrutura, a Resolução CNS 33/92 determina que estes devam ter como órgãos o Plenário e

uma Secretária Executiva, devendo os órgãos de o governo prestar apoio e suporte administrativo. (BRASIL, 2011k, p. 1).

A Lei 8.142/90 atribuiu aos Conselhos de Saúde poderes de formular estratégias e controlar a política de saúde, verifica-se que estas atribuições também pertencem ao Poder Executivo e Legislativo. Sendo assim os conselhos compartilham atribuições com os gestores de saúde e com as casas do legislativo, e também invadem competências de outros órgãos como o Tribunal de Contas, do Ministério Público e do Poder Judiciário. (BRASIL, 2011j, p. 9). As atuações dos conselhos devem ocorrer de forma integrada com os gestores do SUS no município, com as casas Legislativas e com os demais órgãos, porém preservando sempre sua autonomia e independência. (BRASIL, 2011j, p. 9).

O envolvimento de diversos setores da sociedade em uma mesma deliberação possibilitada pelos Conselhos de Saúde é capaz de mobilizar a força política necessária para continuar construindo o SUS de uma forma mais participativa. (BRASIL, 2011j, p. 18 e 20).

5 LIMITES, DESAFIOS E IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

Um país como o Brasil que apresenta uma ampla dimensão territorial e enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, e inúmeras desigualdades, a efetivação do SUS torna-se um verdadeiro desafio. O Conselho e a Conferência de Saúde surgiram a partir de uma proposta de democratização, uma forma de possibilitar meio para a tutela coletiva, fora dos tribunais, de um direito fundamental, o direito a saúde.

Entretanto SUS encontra diversos entraves como a precarização das unidades de saúde e a falta de estímulo aos trabalhadores. Outro grande desafio encontrado no SUS é a falta de qualificação do controle social, que envolve a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e dos serviços no campo da saúde. Sendo percebida pela falta de formação de muitos conselheiros, dificuldade da população para ter acesso às informações do sistema, falta de cumprimento dos gestores quanto às deliberações dos conselhos, desconhecimento da população sobre os seus direitos como controladores do SUS, entre outros. Devido a isso o SUS vem realizando algumas reformas institucionais nos últimos anos, pactuadas entre as três esferas de gestão, a fim de superar as

dificuldades encontradas e promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para alcançar maior eficiência e qualidade.

Dentre outros desafios, podemos citar: A tecnocracia e a burocracia; o apoderamento pelo poder Executivo juntamente com o esgotamento do caráter deliberativo que envolve os conselhos e conferências além das fortes investidas privatizantes do mercado.

A tecnocracia e a burocracia se relacionam e causam entraves na participação popular, no momento em que desmerecem os discursos e opiniões populares primando o saber científico e que, organizações de regras hierárquicas, puramente abstratas, limitam este acesso. O saber técnico é supervalorizado silenciando a vós daqueles que representam 50% do total de vagas destas instituições representativas. O silenciamento dos usuários se torna possível, segundo Wendhausen, justamente pelo aspecto burocrático da lei, que conduz à ritualização das reuniões dos conselhos. (WENDHAUSEN, 2002, p. 266 e 267).

Ainda segundo a autora:

Assim, embora tenha sido prevista em lei (Lei 8.142/90) a 'participação da população' através da presença do usuário nos conselhos, traduzida por um quantitativo maior de seus representantes nessas instâncias, o que constatamos nas práticas do Conselho é o uso de estratégias de saber/poder pelos segmentos governamental, privado (principalmente quando se trata de médicos) e pelos representantes dos profissionais de saúde que representam os usuários, que ao impor um determinado 'regime de verdade', limitam sua participação. Isto se expressou nas práticas quando, ao analisarmos as atas, constatamos uma presença limitada de suas falas ou quando, nas raras vezes em que aconteciam, eram desconsideradas, de modo que acabavam tendo pouca ou nenhuma ressonância nos rumos tomados pelo Conselho. Esta situação agrava-se ainda mais, se lembrarmos que muitas vezes em que fora defendidas propostas que beneficiariam os usuários, como no caso do típico da limitação de visitas no hospital, quem o fazia eram profissionais de saúde, o que ficou mais presente na 1ª gestão. (WENDHAUSEN, 2002, p. 266 e 267).

O aspecto participativo das conferências muitas vezes se encontra prejudicado, falas das entidades de iniciativa privada possuem mais espaço que as dos usuários ou dos profissionais de saúde mostrando uma clara pressão dos entes privados. Segundo Gershman já não fosse suficiente o silenciamento e a desqualificação da opinião popular existe um predomínio da iniciativa estatal sobre a sociedade, o que leva conseqüentemente a disparidade na representação dos

conselhos. Além disso, a baixa visibilidade e o pouco conhecimento por parte da população sobre a função dos conselhos e das conferências prejudica o alcance destas. (GERSHMAN, 2004, p. 240 e 241).

Estes obstáculos podem ser consequência de que, apesar de serem espaços de democracia participativa, seus instrumentos ainda se dão de acordo com a democracia representativa que possui limites e reduzem o grau de deliberação dos conselheiros somente sobre a realocação dos recursos para melhor atender às necessidades reais da população. Quando se reduz o papel dos conselhos somente ao controle orçamentário acaba diminuindo o potencial deliberativo e criador de normas que estes realmente possuem, desta forma a função de tutela da saúde acaba sendo transmitida para gestores públicos e agentes externos que na maioria das vezes seguem somente o interesse do mercado (CORREIA, 2005, p. 41). Ainda segundo Gershman o papel dos conselheiros é reduzido apenas para o caráter meramente consultivo, tanto que na 9ª CNS o seu relatório final foi baseado no fato de ser reafirmado o caráter deliberativo e permanente dos Conselhos na formulação e no controle da execução da política de saúde (GERSHMAN, 2004, p. 239).

Outro fato de notória influência no controle social é a baixa mobilização da população, deixando de lado a importância da participação popular não só na coletividade e em instâncias representativas, como também de forma efetiva e localizada nos serviços da própria comunidade (WENDHAUSEN, 2002, p. 285). Seguindo no entendimento da autora, limitar a democracia de forma participativa somente aos espaços que são autorizados pelo Estado estar-se-ia colocando em risco o potencial criador e contra-hegemônico de outros meios de participação que podem complementar a atuação das instâncias deliberativas conforme instituída na Lei 8.142/90. (WENDHAUSEN, 2002, p. 187). Sendo assim, a participação popular não deve se dar na forma de uma imposição, pois implicaria em uma norma disciplinadora e não em uma vontade livre dos cidadãos em manifestar-se, tornando os foros de participação um ato autoritário e não uma decisão popular. (WENDHAUSEN, 2002, p. 191).

Um ponto muito discutido na 12ª CNS foi à educação em saúde, tão preconizada. A educação e capacitação em saúde tanto pros usuários quanto para os membros dos conselhos é uma forma de garantir que os envolvidos sejam sujeitos da mudança, é uma forma de humanizar e libertar, emancipar aqueles submetidos ao domínio do mercado e do Estado. (FREIRE, 1987, p. 75). Ainda

segundo Correia a realidade do nosso país circunda uma cultura de submissão, onde o público é tratado como privilégio de pequenas elites, motivo este que as instâncias participativas do SUS pouco representam espaços de resistência à redução das políticas sociais. (CORREIA, 2005, p. 41).

Como autoriza o Art. 197 da CF/88, é livre a iniciativa privada, porém é preciso cuidado como se tem desenvolvido a regulamentação dentro do setor de saúde e verificar a existência de instrumentos de democracia participativa na tutela deste que constitui matéria de interesse coletivo e não deve ser submetida somente ao voluntarismo dos representantes do Estado ou deixa-la a mercê de interesses de mercado.

CONCLUSÃO

Ao se falar em participação popular no SUS, é importante considerar os principais âmbitos em que ela pode se dar. Embora a participação popular permeie todos os âmbitos do SUS, cabe destacar o papel dela naqueles que são considerados os eixos do sistema, o que alguns chamam de quadrilátero do SUS: educação em saúde, atenção em saúde, gestão em saúde e controle social.

“Participação popular” sugere, a partir do significado das duas palavras, a ação do povo de tornar-se parte, no caso, tornar-se parte do SUS, um sistema de todos e para todos que lida com a saúde no sentido mais amplo da palavra, essencialmente significa tornar-se parte da vida, da própria vida e daqueles que juntos a compartilham. Na educação em saúde, a participação popular pode trazer ao SUS importantes contribuições ao inserir nas escolas técnicas, universidades e demais instituições de ensino superior, assim como nas unidades de saúde e demais serviços, as demandas e potencialidades da população. Tais contribuições possibilitam que a formação e trabalho - dos futuros e dos atuais profissionais de saúde - problematize e construa práticas a partir da realidade e do dia-a-dia daqueles que utilizam os serviços e exercem o direito a saúde.

Entende-se, portanto, o SUS como uma política ainda em andamento, que se encontra em processo constante de mudança e de construção, a qual trouxe muitos avanços e conquistas na saúde do nosso país. Contudo, ainda enfrenta muitos desafios na efetivação de suas diretrizes e de seus princípios básicos de universalidade, integralidade e equidade.

O projeto constitucional do Sistema Único de Saúde levará ainda muitos anos para ser consolidado e dependerá muito das mobilizações e da voz ativa da população para atingir as melhorias que tanto necessitamos, devendo ser implementado sob o primado do interesse público e não dos interesses de grupos vinculados ao mercado. É preciso ficar atento para regular e frear a perversa mercantilização da saúde já percebida pelo crescente avanço das seguradoras de saúde no país.

REFERÊNCIAS

BALSEMÃO, Adalgiza. **Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Direito Sanitário e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. V. 1.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio de subsidiariedade: conceito e evolução**. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Disponível em: <<http://download.rj.gov.br/documentos/10112/168750/DLFE29287.pdf/rev630402Dr.LuisRobertoBarroso.pdf>>. Acesso 05/04/2014>.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde pública no Brasil**. São Paulo, ática 2011. - BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A prática do Controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Série Histórica do CNS, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

CECCIM e FEUERWERKER, Ricardo Burg e Laura C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 19/04/2014.

COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n.78, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0101-33002007000200009EIng=enenrm=iso>. Acesso em 18/04/2014>.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DOWBOR, Ladislau. **O que é poder local**. São Paulo: Brasiliense. 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 29 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GERSHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

HERINGER, Rosana Rodrigues. Estratégias de descentralização e políticas públicas. In: MUNIZ, José Norberto; GOMES, Elaine Cavalcante. **Participação social e gestão pública**: as armadilhas da política de descentralização. Belo Horizonte, UFV, 2002, p. 63-74.

SOUZA, Herbert De. **Participação**. São Paulo: Laboratório de Tecnologia e Sistemas de Informação. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/contecsi2004/BrasilEmfoco/port/polsoc/partic/apresent/apresent.htm>>. Acesso em 18/04/2014>.

WENDHANUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social**: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002.