



SAÚDE E DEMOCRACIA: A EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Maicon Mazzucco¹
Reginaldo de Souza Vieira²

RESUMO: Este artigo, tem como objetivo analisar os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, como veículos para efetivação do princípio da participação popular, esculpido na Constituição Federal, sob a ótica da democracia participativa. Utilizou-se na pesquisa, o método de abordagem dedutivo e empreendeu-se como técnica de pesquisa, a de caráter bibliográfico. O primeiro tópico aborda de forma sucinta a criação do Sistema Único de Saúde, seu conceito, origem e organização. O segundo tópico trata sobre os princípios e diretrizes, que são a base, para todas as ações em torno das políticas públicas de saúde. Por fim, o terceiro capítulo trata sobre os valores democráticos envolvidos na criação do SUS e na sua gestão, abordando também os meios criados pelo legislador para que a participação popular se torna-se factível no âmbito do SUS.

Palavras – Chave: Conselhos de Saúde – Conferências de Saúde – Sistema Único de Saúde – Participação Popular – Igualdade.

ABSTRACT: This article aims to analyze the health councils and health conferences as vehicles for realization of the principle of popular participation, carved in the Constitution, from the perspective of participatory democracy. Used in research, deductive method of approach and is undertaken as a research technique, the literature character. The first topic discusses briefly the creation of the Unified Health System, its concept, origin and organization. The second topic deals with the principles and guidelines, which are the basis for all actions around public health policies. Finally, the third chapter deals with the democratic values involved in the creation of the NHS and its management, also addressing the

¹ Bacharelado em Direito, pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Membro voluntário do Núcleo de Pesquisa em Estado, Política e Direito - NUPED. maicon_mazzucco@live.com.

² Doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Líder do Núcleo de Pesquisa em Estado, Política e Direito – NUPED. prof.reginaldovieira@gmail.com.

media created by the legislature to that popular participation becomes to be feasible under the SUS.

Keywords: Health Councils - Health Conferences - Health System - Public Participation – Equality.

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde é um tema relevante que vem sendo largamente discutido em vários ramos do conhecimento, pois se trata de um direito fundamental, garantido pela CRFB/1988, de grande importância no cenário das políticas públicas essenciais para o ser humano.

Apesar de haver previsão legal sobre o direito à saúde nas Constituições que antecederam a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi somente com a promulgação desta, que o direito à saúde foi reconhecido como um dever do Estado e um direito do cidadão, com a criação do Sistema Único de Saúde, um órgão democrático, pautado pela participação popular, que atua em conjunto com a sociedade.

A criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde tem previsão na Lei 8.142/90 que estrutura a sua composição paritária, entre representantes do governo e representantes da população, evitando assim que os Conselhos se prestem a atender somente as necessidades do Estado.

Este trabalho tem como objetivo central analisar os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, como veículos para efetivação do princípio da participação popular, esculpido na Constituição Federal, sob a ótica da democracia participativa.

Para tanto, este trabalho encontra-se dividido em três tópicos. Utilizou-se na pesquisa, o método de abordagem dedutivo e empreendeu-se como técnica de pesquisa, a de caráter bibliográfico.

O primeiro tópico aborda de forma sucinta a criação do Sistema Único de Saúde, seu conceito, origem e organização. O segundo tópico trata sobre os princípios e diretrizes, que são a base, para todas as ações em torno das políticas públicas de saúde.

Por fim, o terceiro capítulo trata sobre a os valores democráticos envolvidos na criação do SUS e na sua gestão, abordando também os meios

criados pelo legislador para que a participação popular se torna-se factível no âmbito do SUS.

2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORIGENS, CONCEITO E ORGANIZAÇÃO

Desde a Constituição de 1824, encontrar-se no país atividades de proteção à saúde, mas foi somente a partir da Constituição da República Federativa de 1988, que a saúde foi reconhecida expressamente em seu texto legal, como um direito fundamental, denominado como direito de todos, e regulado pelo Estado, junto à participação popular. No entanto o movimento que possibilitou a sua criação, remonta-se a tempos anteriores a atual Constituição.

Nos anos de 1970 a Previdência Social se consolida como principal provedora de assistência médica, alcançando apenas os cidadãos empregados, se sobrepondo à saúde pública. É nesse momento, que surgem os primeiros movimentos da medicina comunitária, coordenados por intelectuais de partidos esquerdistas, dando origem a chamada reforma sanitária (CONASS, 2007).

O evento político-sanitário, mais impactante na criação da seção da saúde, da Constituição Federal, se deu no mês de março de 1986, quando ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi convocada pelo Ministro Roberto Santos. Nesta conferência foram elaboradas novas propostas de um sistema público de saúde, que tinham em sua pauta a discussão da saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, e ainda a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial (CONASS, 2007).

Krüger destaca a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Nesta Conferência, pela primeira vez, os setores sindicais, as associações de moradores, os profissionais e as entidades organizadas da sociedade civil puderam participar. Ela contou com a participação de mais e quatro mil pessoas, sendo mil delegados, destes 50% representavam as instituições (públicas, estatais, universidades, de pesquisa) e os outros 50% a sociedade civil (2005, p. 91-92).

Esta conferência resultou em trabalhos imediatos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (constituída de forma paritária por representantes do governo e da sociedade), mostrando-se um crescente interesse sobre as mudanças no serviço público, tendo como objetivo a implantação de um Sistema

Único de Saúde, onde a saúde deveria ser reconhecida como um dever do Estado e um direito do cidadão, realizado democraticamente, garantindo a participação social na elaboração de políticas de saúde e a sua fiscalização (PAIM, 2002).

No ano de 1987, acompanhando a constituinte, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o (SUDS), que buscou implantar os elementos principais da Reforma Sanitária (CONNAS, 2007).

A redação final da constituinte incorporou as principais demandas do movimento sanitário. Como a saúde entendida como resultado de políticas econômicas e sociais, a saúde como direito de todos e dever do Estado, e a relevância pública das ações de serviços públicos na criação de um Sistema Único de Saúde, organizada pelos princípios do atendimento integral, da participação da comunidade e a descentralização do sistema de saúde (PAIM, 2002).

Na visão de Barros (2011, p.35):

A saúde representou a ponta de lança dos movimentos na luta pela democracia, participação popular e garantia de direitos sociais. Fruto de décadas de organização e luta coletiva, o movimento de reforma sanitária brasileira logrou, no efervescente período de democratização do país no final da década de 80, inserir no texto da nova Constituição Brasileira de 1988 um capítulo sobre a Seguridade Social, com apoio de uma grande coalizão de partidos de esquerda.

Em 1988 conclui-se o processo constituinte, sendo promulgada a oitava Constituição do Brasil, no dia 5 de outubro, de 1988. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental para a redefinição das políticas públicas voltadas à saúde, tendo expressa uma seção destinada à saúde, elencada entre os artigos 196 a 200, a criação do Sistema Único de Saúde (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2005).

Sendo o SUS entendido como:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988. A sua inscrição na carta magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma significativa o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, pautando-se por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. É composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das

esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados como complementares. (AGUIAR, 2011, p.43).

Neste sentido Vieira (2013, p. 326) afirmar que o SUS:

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

No capítulo da seguridade social, na segunda seção encontram-se os artigos que definem o SUS. No entanto, os referidos artigos por si só não são capazes de efetivar a implantação e funcionalidade do SUS, pois careciam de regulamentação, que foi suprida pela criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

Após a promulgação da CRFB/1988, muitos de seus artigos deveriam passar, por um processo de regulamentação, como também os da saúde, num prazo de 180 dias, no entanto, por empecilhos criados pelo governo de Fernando Collor de Mello, esta regulamentação só ocorreu em 19 de setembro de 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080, que em seu texto original teve vários vetos, atingindo pontos fundamentais, como a instituição de conselhos de saúde e as conferências de saúde (CONASS, 2007).

A lei 8.080/90 regulamenta as condições e meios de promoção, proteção e recuperação da saúde, como também regulamenta a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no país. Sendo que a partir desta lei a saúde é entendida como direito fundamental que, cabe a União, ao Estados e municípios a responsabilidade de proverem as condições essenciais à sua efetivação. (BRASIL, 2016b).

Com a realização dos vetos feitos à redação inicial da lei nº 8.080/90, em que foram retirados direitos fundamentais como a instituição de conselhos e as conferências de saúde, é que se deu margem à criação da segunda lei orgânica da saúde, a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispondo esta lei sobre a participação da comunidade no SUS e as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros nas áreas da saúde, criando assim um grande espaço de controle social (BRASIL, 2016c).

A normatização do SUS, tem sido implementada por uma série de legislações que incluem as leis orgânicas da saúde e outras leis orgânicas estaduais e municipais, assim como emendas decretos e portarias. Sendo que, a operacionalização do SUS se orienta pelas normas operacionais (Normas operacionais básicas – NOBs e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS), normas que foram editadas posteriormente a criação das leis orgânicas pelo Ministério da Saúde (AGUIAR, 2011).

Destarte exista a possibilidade da criação de normas pela União, Estado e municípios para complementar e regular a gestão do Sistema Único de Saúde, todas estão sujeitas aos princípios e diretrizes do SUS.

2 – OS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS possui um conjunto de princípios e diretrizes que o norteiam, dando base a sua organização. São chamados de princípios doutrinários e princípios organizativos, que foram gerados pela 8ª Conferência de Saúde. Sendo que os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do SUS, regendo o conceito ampliado de saúde, enquanto os princípios organizativos, também conhecidos como as diretrizes do SUS, orientam o funcionamento do sistema, complementando os princípios doutrinários (AGUIAR, 2011).

Embora, exista essa diferenciação, para os fins deste trabalho, analisar-se-á apenas os princípios contidos junto a Constituição, sem distingui-los entre princípios e diretrizes, recebendo ambos o tratamento doutrinário preponderante, denominando-os como princípios doutrinários e princípios organizativos.

Os princípios doutrinários encontram-se no artigo 196 da CRFB/88 e estes são: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Já aos princípios organizativos se encontram nos incisos I, II e III, do artigo 198, da CRFB/88, estes são: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e controle social (BRASIL, 2016a).

a) Princípio da Universalidade

Trata-se de um dos princípios doutrinários previsto no artigo 196, da CRFB/88, que nada mais é, do que a garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis existentes de assistência, independentemente, de classe social, cor ou privilégios de qualquer espécie.

Vieira (2013, p. 330):

O princípio da universalidade expressa a essência do sistema da seguridade social ao não exigir o pagamento de qualquer contribuição para que o usuário possa ter acesso aos serviços de saúde e vincula-se à ideia de saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Ainda, este princípio deve ser entendido como garantia de acesso amplo à saúde, englobando também um conjunto de políticas públicas que visem a melhoria das condições de vida da população (AGUIAR, 2011).

b) Princípio da Equidade/Igualdade

É definida como princípio doutrinário que, tem como objetivo avaliar as diferenças existentes no social, onde se deve ater as especificidades populacionais, identificando os casos que necessitem de maior atenção ou que estejam em risco, para que estes tenham prioridade no atendimento (AGUIAR, 2011).

Desde modo, ao princípio da equidade/igualdade à saúde, deve ser dada interpretação análoga ao princípio constitucional da igualdade previsto na CRFB/88, para que seja possível se alcançar o real objetivo de sua previsão, como explica Moraes nos termos da igualdade:

[...] o princípio da igualdade de direitos, prevendo a igualdade de aptidão, uma igualdade de possibilidades virtuais, ou seja, todos os cidadãos têm o direito de tratamento idêntico pela lei, em consonância com os critérios albergados pelo ordenamento jurídico. Dessa forma, o que se veda são as diferenciações arbitrárias, as discriminações absurdas, pois, o tratamento desigual dos casos desiguais, na medida em que se desigualam, é exigência tradicional do próprio conceito de justiça, pois o que realmente são certas finalidades, somente se tendo por lesado o princípio constitucional quando o elemento discriminador não se encontra a serviço de uma finalidade acolhida pelo direito, sem que se esqueça, porém, como ressalvado por Fábio Konder Comparado, que as chamadas liberdades materiais têm por objetivo a igualdade de condições sociais, meta a ser alcançada, não só por meio

de leis, mas também pela aplicação de políticas ou programas de ação estatal. (MORAES, 2012, p.35).

Sendo assim, o princípio da equidade está vinculado ao princípio da dignidade humana, pressupondo-se que a igualdade veda a discriminação. No entanto, esta interpretação não pode ser meramente formal, devendo se garantir o tratamento diferenciado nos casos desiguais para que assim haja de fato uma igualdade no atendimento fornecido pelo SUS (VIEIRA, 2013).

c) Princípio da Integralidade

A integralidade, também faz parte dos princípios doutrinários do SUS, compreendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que buscam através da junção entre a prevenção, a promoção e a recuperação, melhores índices de saúde individual e coletiva (AGUIAR, 2011).

Portanto o princípio da integralidade:

[...] rompe com a concepção que via o usuário dos serviços de saúde de forma isolada e segmentada. Ela é um ser humano que deve ser olhado de uma visão holística, buscando compreender os fatores determinantes e condicionantes de sua condição de saúde, para procurar no contexto da estrutura do sistema e fora dele (com a interligação com os outros serviços públicos) a melhor forma de recuperar e promover a sua saúde. Esse modelo não se funda apenas em uma visão de saúde centrada no profissional médico, mas integrada ao conjunto dos outros profissionais que compõem o sistema e das outras redes de serviços públicos. (VIEIRA, 2013, p. 336).

Como se identifica, o conceito de integralidade por meio da articulação entre a recuperação, a prevenção e a promoção, é a efetiva concretização de um sistema de tratamento digno de saúde individual e coletiva.

c) Princípio da Descentralização

Este princípio está elencado entre os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde. Sendo o determinador da redistribuição das competências do SUS, entre os três níveis de governo, o federal, o estadual e o municipal.

Vieira (2013, p. 333), o explica:

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

Deve ainda, o princípio da descentralização, ser compreendido não como mera divisão de competência e responsabilidades no SUS, para as três esferas do governo, mas, sim como a distribuição de recursos àqueles que mais estão próximos das necessidades de suas comunidades, podendo neste viés, agir com mais presteza e agilidade em apoio a prevenção, erradicação e manutenção da saúde, já que se encontram entre o foco das necessidades existentes em seus territórios (AGUIAR, 2011).

d) Princípio da Regionalização e Hierarquização

Outro princípio organizacional do Sistema Único de Saúde, ao qual refere-se ao modo em que se organiza o sistema de saúde, com base territorial e populacional, visando uma adequada distribuição dos serviços, para que haja a equidade no acesso, intensificando os recursos e a racionalização de gastos (AGUIAR, 2011).

Vieira (2013, p. 334):

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

Neste viés, o Sistema Único de Saúde, quando atendente a este princípio, permite com que estas bases regionalizadas e hierarquizadas atendam melhor os problemas de saúde existentes em suas delimitações territoriais, complementando assim o objetivo do princípio da descentralização.

e) Princípio da Participação Popular e Controle Social

Está elencado como um princípio que trata sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Este princípio é mais uma garantia constitucional dada a população que, através de entidades representativas, poderá participar do processo de formação de políticas públicas de saúde, de seu controle e de sua execução, em todos os níveis, desde o local até o federal (AGUIAR, 2011).

Sobre a importância do princípio da participação popular, Vieira afirma:

Deve-se destacar que a inclusão da participação comunitária como um princípio/diretriz do SUS não foi acidente; traduz uma construção histórica, mundial e nacional de luta pela democracia e cidadania e se constituiu em uma determinação da Sociedade em ágora, o que nos leva a seguinte constatação: sem a participação da Sociedade no processo de construção permanente e concretização do SUS, esse sistema, poderá ser tudo, menos o SUS que foi gerado pela Sociedade. (2013, p. 341).

A participação da comunidade na esfera pública é a evidência do cumprimento do parágrafo único, do artigo primeiro, da Constituição Federal de 1988, quando afirma que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.” (BRASIL, 2016a).

Com base nesse alicerce legal, o SUS efetivou o princípio do controle social e da participação popular com a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde instituídos a nível federal, estadual e municipal. Sendo essas instituições responsáveis por apresentar os projetos do governo à população e as sugestões da população aos vários níveis de governo, possibilitando o diálogo entre o possível e o necessário (COELHO, 2007).

Não obstante, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde sejam instâncias colegiadas e constituídas em cada esfera do governo, com caráter permanente e deliberativo, como dispõe o parágrafo primeiro e segundo, do artigo primeiro da Lei nº 8.142/90, cabe ao povo continuar lutando pelos seus espaços de contribuição política, garantidos pelo Estado Democrático de Direito (BRASIL, 2016c).

4 – SAÚDE E DEMOCRACIA: A EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A previsibilidade da participação popular pela CRFB/1988, fez com que houvesse uma ampliação da reestruturação da prática democrática, envolvendo a redefinição do seu significado cultural (SANTOS, 2002).

O modelo de democracia exercida no Brasil, ainda continua sendo a da democracia representativa. Contudo, Santos levanta duas formas possíveis de combinação entre democracia participativa e democracia representativa, sendo elas a da coexistência e a da complementaridade:

1ª Da Coexistência:

Coexistência implica uma convivência, em níveis diversos, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional. A democracia representativa em nível nacional (domínio exclusivo em nível da constituição de governos; a aceitação da forma vertical burocrática como forma exclusiva da administração pública) coexiste com a democracia participativa em nível local, acentuando determinadas características participativas já existentes em algumas democracias dos países centrais. (SANTOS, 2002, p. 75-76).

2ª Da Complementaridade:

A segunda forma de combinação, a que chamamos complementaridade, implica uma articulação mais profunda entre democracia representativa e democracia participativa. Pressupõe o reconhecimento pelo governo de que o procedimento participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação e deliberação tais como concebidos no modelo hegemônico de democracia. Ao contrário do que pretende este modelo, o objetivo é associar ao processo de fortalecimento da democracia local formas de renovação cultural ligadas a uma nova institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social. (SANTOS, 2002, p. 76).

Das duas formas apresentadas, a segunda oferece uma real abertura para a participação popular e para o controle social, em especial na área da saúde. Forma que, de fato ocorre no SUS, por meio das realizações de conferências de saúde e pela criação de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

A democracia participativa é fortemente percebida nas mais diversas áreas na forma de conselhos, sejam eles de saúde, educação ou da cultura. O

ideal da democracia participativa é conveniente para os tempos atuais em que vivemos a descrença na política.

Como foi colocado anteriormente, a participação popular e o controle social em saúde, ocorrem principalmente por meio da realização de Conferências de Saúde e pela criação de Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo. Sendo que, os Conselhos como as Conferências de Saúde contribuem em conjunto para a elaboração das políticas públicas de saúde.

A participação da comunidade na saúde, encontra previsão no inciso III, do artigo 198, da Constituição Federal. No entanto, a CRFB/88 não tratou de que forma a participação da comunidade poderia ser exercida. Diante da impossibilidade de se efetivar a participação popular, é que foi criada a lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com o objetivo de regulamentar o SUS. O que de fato ocorreu, porém, a referida lei deixou de mencionar a criação dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde, incapacitando assim a participação do povo na realização de políticas públicas, tratando-se claramente de descumprimento à previsão constitucional da participação popular junto ao SUS (BRASIL, 2016b).

Diante a ausência de previsão da participação popular na saúde, pela lei anteriormente mencionada é que foi criada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sendo esta a segunda lei orgânica do SUS, que logo em seu artigo primeiro, incisos e parágrafos, tratou sobre a criação dos Conselhos de Saúde e a realização de Conferências de Saúde, como também tratou sobre as suas competências (BRASIL, 2015c).

Sobre o uso do termo Controle Social, Krüger (2012, p. 37) explica:

O termo controle social ganhou expressão e passou a ser bastante utilizado no debate e na literatura, com o sentido da realização do controle social sobre as ações do Estado, no início dos anos de 1990. O controle social ganhou um sentido de participação da sociedade na formulação, no acompanhamento e na verificação das políticas públicas, podendo ser exercido por Conselhos e Conferências [...].

O parágrafo 2º, do artigo 1º, da lei 8.142/90, trata sobre a composição dos conselhos de saúde, devendo uma parcela destes órgãos colegiados serem formados com a participação dos usuários, garantindo assim a participação popular. Como também estabelece o poder deliberativo dos Conselhos, garantindo a efetividade da vontade dos seus representados (BRASIL, 2016c).

Conforme o disposto pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que manteve o disposto pela Resolução de nº 33/92 e 333/03 do CNS, as vagas dos conselheiros de saúde deverão ser distribuídas em 50% de entidade e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representantes dos trabalhadores da área de saúde; e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (CNS, 2016a).

A terceira diretriz da resolução nº 453/2012, do CNS, estabelece o modo pelo qual se organizara os conselhos de saúde:

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática (CNS, 2016b, online).

Krüger (2012, p. 38) afirma que:

Que os espaços das Conferências e dos Conselhos, regulamentados na Lei nº 8142/90, foram concebidos e reivindicados pelo Movimento da redemocratização para serem um novo *lócus* no exercício do poder político, para interferirem na gestão das políticas públicas e por possuírem os componentes para a construção de uma cultura política democrática e participativa. Neste processo, as Conferências e os Conselhos, apesar de possuírem uma trajetória anterior e cumprirem uma função política diferenciada, se (re) institucionalizaram como a incorporação desta proposta na Constituição.

Não há como se negar que as realizações das Conferências e dos Conselhos de Saúde tenham aberto espaços para a participação de grupos até então excluídos na esfera restritiva do governo.

[...] os espaços das Conferências e dos Conselhos, mesmo que formalmente delimitados (institucionalizados), estão possibilitando que muitos representantes da sociedade muitos servidores públicos

adentrem as autoritárias fronteiras que marcam a história da administração pública brasileira e façam proposições sobre as políticas públicas. Tais espaços ainda se constituem como oportunidade de socialização da política e da construção de outra hegemonia articulada pelos princípios da democracia. Mesmo que, de fato, estas instâncias, após 20 anos de vida, não tenham conseguido mudança de paradigma no conteúdo e na forma das políticas governamentais, estão introduzindo novas configurações no âmbito público-estatal e, num nível restrito, estão possibilitando a socialização de informações sobre projetos, serviços, financiamento, e sobre a dinâmica burocrática da gestão. (KRUGER, p. 39, 2012).

A formalidade quanto ao número de conselheiros do governo e da sociedade, quando da composição dos conselhos de saúde, são um avanço na busca por uma igualdade deliberativa dentro dos conselhos, mas, existem outros pontos que influenciam a sua gestão, com bem assevera Berclaz (p. 122, 2013):

A paridade na composição dos conselhos sociais entre membros governamentais e não governamentais, que constitui a regra de quase todos os colegiados, não deixa de ser uma premissa de igualdade necessária para que haja efetiva participação da comunidade ou controle social. Contudo, a real isonomia entre membros governamentais e não governamentais remete para muito além de uma questão matemática de cunho quantitativo, buscando fundamentos na tradição históricocultural e na própria forma que o governo recepciona as manifestações dos conselhos sociais. O que se assiste muitas vezes é à presença de uma paridade formal que não encontra correspondência adequada na verificação das funções e dos atos praticados pelos conselhos.

Sem dúvidas, os Conselhos de Saúde são órgãos que, possibilitam o exercício da cidadania. No entanto, também são palcos de disputas pessoais e políticas, como também de interesses corporativos.

Há uma grande heterogeneidade em relação ao funcionamento dos diferentes Conselhos e das Conferências, que é devida ao nível de politização, às condições socioeconômicas e às tradições organizativas dos usuários/trabalhadores das cidades brasileiras. Em muitos lugares, é inegável o caráter de parceiro da governabilidade que muitas destas práticas vêm assumindo, seja por interesses instrumentalistas, por intimidação, seja por dificuldade de se posicionar/negociar nesse meio recheado de relações de poder/saber. (KRÜGER, 2012, p. 40).

Os Conselhos de Saúde estão presentes nas três esferas de governo, o Federal, o estadual e o municipal, organizando-se de forma paritária e descentralizada, tendo como objetivo igualar as forças entre população e governo, na tomada das decisões. No entanto, alguns Conselheiros por

interesses exclusivos procuram outros meios de negociação em que não tenham que se submeter ao embate público:

[...] os prestadores privados, na área da saúde, que possuem assento nos Conselhos e nas Conferências, dificilmente ocupam as plenárias para debater seus interesses com os usuários e os trabalhadores da área. Seus canais de negociação com o gestor, normalmente, não passam pelo embate público, eles privilegiam os canais do parlamento e as relações da vida privada. (KRÜGER, 2012, p. 40).

Mesmo diante de algumas controvérsias que os Conselhos de Saúde ainda tenham que superar, o seu caráter participativo prevalece. Sendo que, a participação do cidadão é um dever e um direito. Os Conselhos são espaços de discussões e de deliberações que, contribuem de fato para uma boa administração das políticas públicas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é indispensável para preservação da dignidade da pessoa humana. Reconhecendo esta condição, foi que o constituinte originário consignou o dever do Estado para com a saúde na CRFB/1988.

Os dispositivos elencados na Constituição, que dispõe sobre a criação de um Sistema Único de Saúde, pautado pela participação popular, não foram suficientes para lidar com a forma em que ocorreria de fato a participação do povo na gestão do SUS.

Neste sentido é que foi criada a Lei 8.142/90, que estabeleceu as formas e regras em que o controle social e a participação popular se efetivariam, mais precisamente por meio da criação de Conselhos de Saúde e pela realização de Conferências de Saúde.

Frisa-se que a interação da comunidade nos Conselhos de Saúde, seja fazendo parte do corpo do Conselho ou como participante das reuniões realizadas por esse, denotam um alto grau de democracia.

Dentre os Conselhos de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde são os que garantem maior efetividade a concretização do direito à saúde, pois os conselheiros estão em contato direto com a comunidade, identificando as demandas existentes e facilitando a execução das medidas cabíveis.

O SUS, foi construído sobre diretrizes que tem como objetivo a prevenção, o tratamento e a recuperação de todo e qualquer cidadão, demonstram a importância desse órgão para a preservação do direito fundamental à saúde.

É certo afirmar que, a descentralização do SUS influencia no bom desempenho de seu atendimento, pois torna mais célere a execução das medidas que se fazem necessárias, dispensando a burocracia excessiva, atribuindo aos seus órgãos o poder deliberativo, por meios dos Conselhos de Saúde.

Embora a CRFB/1988 tenha colocado sob seu manto protetor todo o povo brasileiro, garantido o seu direito à saúde, o desempenho do SUS, sendo esse o órgão garantidor de tal direito, depende do envolvimento dos Conselhos de Saúde, com os seus usuários.

Por fim, mesmo admitindo que os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, ainda tenham que melhorar muito, se faz necessário afirmar que a sua organização é um avanço à efetivação do princípio da participação popular.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo. 1ª ed. Martinari: 2011.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro. **História e Legislação do SUS e Saúde da Família:** problematizando a realidade da saúde pública. 1ª ed. Rio de Janeiro: AGBOOK, 2011.

BERCLAZ, Márcio Soares. **A Natureza Político-Jurídica dos Conselhos Sociais no Brasil:** uma leitura a partir da política da libertação e do pluralismo jurídico. 2013. 358 d. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Paraná.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de out. de 1988. [online] Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >. Acesso em: 02 mai. 2016a.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. [online] Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 02 mai. 2016b.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. [online] Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm >. Acesso em: 02 mai. 2016c.

CONNAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 1ª ed. Brasília: CONNAS, 2007.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador de Apoio aos Debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. [online] Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2016a.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012**. [online] Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm>. Acesso em: 01 mai. 2016b.

EDLER, Flávio Coelho; ESCOREL, Sarab; NASCIMENTO, Dilene Raimundo. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: EDLER, Flavio coelho; GERSCHMAN, Sílvia; LIMA, Nísia Trindade; SUÁREZ, Julio Manuel. (org.) **Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS**. 1ª ed. São Paulo: FIOCRUZ, 2005.

KRÜGER, Tania Regina. **As Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde**: considerações sobre o significado da participação popular em Santa Catarina. 1ª ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional**. 28ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. 1ª ed. Salvador: [s.n], 2002.

P. COELHO, Vera Schattan. **A Democratização dos Conselhos de Saúde: O paradoxo de atrair não aliados**. Revista produção on-line. [on-line]. São Paulo: 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002007000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 mai. 2016.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Democratizar a Democracia**: os caminhos da democracia participativa. 1ª ed. Rio de Janeiro: CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA, 2002.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A Cidadania na República Participativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselho de Saúde. 2013. 540 d. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina.