



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

Ivan Gonçalves Ricalde

O DÉFICIT DEMOCRÁTICO DA “PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE” NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA ANÁLISE DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE A PARTIR DE UMA VIVÊNCIA

PORTO ALEGRE

Julho, 2014

Ivan Gonçalves Ricalde

O DÉFICIT DEMOCRÁTICO DA “PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE” NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA ANÁLISE DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE A PARTIR DE UMA VIVÊNCIA

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Junior

Trabalho de Conclusão de Curso que integra a Unidade de Produção Pedagógica – UPP Trabalho de Conclusão II – APS, apresentado como requisito parcial à aprovação para Titulação de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

PORTO ALEGRE

Julho, 2014

**PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE:
CONFERÊNCIAS E CONSELHOS DE
SAÚDE.**

Participação da Comunidade ou Controle Social em Saúde, Conferências e Conselhos de Saúde: instrumentos para influenciar os encaminhamentos das políticas de saúde, garantindo a qualificação da gestão, a equidade no acesso aos serviços e a distribuição dos recursos para melhoria da atenção à saúde da população.

RICALDE, I. G; (Julho/2014)

AGRADECIMENTOS

Ao professor **Dr. Aragon Érico Dasso Júnior**, por seu apoio essencial como Orientador fazendo com que fosse possível a realização desse trabalho.

Aos **professores** do curso de Saúde Coletiva (**UFRGS**), pela disposição, paciência e compreensão na transmissão dos conhecimentos adquiridos.

Aos meus colegas que se formam, formaram e se formarão, pelo respeito na convivência com alteridade no decorrer destes anos de formação.

À minha querida esposa Maria Madalena (**In Memorium**) e aos meus filhos **Douglas** e **Thiago**, por compartilhar momentos de sofrimento e angústias.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. DEMOCRACIA: PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E CONTROLE SOCIAL.....	11
1.1. Participação Cidadã e Controle Social: Do que estamos tratando?.....	12
1.2. Conclusão do Capítulo Primeiro.....	19
2. A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS.....	20
2.1. Movimento da Reforma Sanitária (Anos 1970/80 – 8ª Conferência).....	20
2.1.1 A 8ª Conferência Nacional de Saúde.....	23
2.2. Diretrizes Constitucionais (CF 1988).....	24
2.3. Princípios (Lei 8.080/90).....	26
2.4. Participação da Comunidade (Lei 8.142/90).....	27
2.5. Conclusão do Capítulo Segundo.....	28
3. CONFERÊNCIAS E CONSELHOS.....	29
3.1. Histórico e contexto das Conferências de Saúde.....	29
3.2. O Plano de Reforma do Aparelho do Estado: As Conferências de Saúde e o Modelo Gerencial da Administração Pública.....	32
3.3. Conselhos e Conferências: A Construção da Constitucionalidade	39
3.4. Questões Controversas: Paradoxos da Participação.....	41
3.4.1. A Institucionalização da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde na Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90.....	44
3.4.2 Cronologia Institucional da Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90: Condicionalidades da Conferência de Saúde e Conselhos de Saúde.....	45
3.5. Conclusão do Capítulo Terceiro.....	50
4. ANÁLISE: Participação da Comunidade ou Mero Controle Social?.....	51
4.1. Relato de Experiência nas Conferências de Saúde.....	52
4.2. A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	57
4.2.1. Eixo 3 – Participação da Comunidade e Controle Social.....	60
4.3. Conclusão do Capítulo Quarto.....	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
6. REFERÊNCIAS.....	72

INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui caráter empírico-documental e tem como objetivo geral refletir sobre o princípio constitucional da “participação da comunidade” regulamentado na Lei 8.080/90 e definido na Lei 8.142/90 que identifica Conferências e Conselhos de Saúde como sendo espaços de atuação e consolidação participativa do Controle Social e seus diferentes atores representando diversos segmentos sociais como formuladores e construtores de diretrizes para políticas de saúde e na centralidade de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva caracterizadora de um déficit democrático.

O projeto de pesquisa teve como objetivos compreender o significado do que é participar? Para que participar? Como participar? Quem são os atores? Como se dá a escolha dos participantes? Como avaliar as demandas de expressão coletiva municipal e regional?

Para alcançar esses objetivos, e a compreensão do objeto de estudo, considera-se a pesquisa documental e bibliográfica que versam sobre a dicotomia da Participação Social, o Controle Social nas Conferências e Conselhos de Saúde. A pesquisa documental permitiu analisar informações registradas em Regimentos das Conferências, Atas do Conselho Municipal de Saúde e Relatório Final com as resoluções atinentes ao tema da Participação e do Controle Social considerando o marco inicial da 8ª Conferência Nacional de Saúde, vez que a partir desta que participação social é identificada como controle social consta “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 apud OLIVEIRA, 2009).

A pesquisa bibliográfica além de estudos da literatura incluiu leituras de artigos de revistas científicas, monografias, dissertações e teses que deram suporte científico para compreensão da temática, objeto de estudo contribuindo para a elaboração deste trabalho.

Importa ressaltar que o método no desenvolvimento desse trabalho é o de pesquisa exploratória a partir de relato de experiência, classificada pelos seus objetivos segundo Gil (2007) como estudo de caso. A aproximação ao objeto deste estudo, ou seja, identificar, analisar e compreender o significado da diretriz que garante a participação da comunidade nas instâncias deliberativas e propositivas de políticas de saúde com controle social, surge pela inserção no curso de saúde coletiva e em função da participação do pesquisador na Pré-Conferência à 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e 6ª Conferência Estadual

de Saúde do Rio Grande do Sul, etapas preparatórias, que discutiram e aprovaram propostas e elegeram delegados à 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, em que atuou como observador participante integrando projeto de extensão universitária denominado “RádioWebSaúde” (RWS) do curso de graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Nesse sentido apresentamos formas de participação da cidadania nesses fóruns de construção e deliberação das políticas públicas de saúde, em seu conceito ampliado, sendo de relevância para a Saúde Coletiva, à compreensão da democracia participativa no enfoque da promoção, prevenção e proteção da saúde a partir de um analisador que reconhece os espaços da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde como instrumentos concretos de Participação e do Controle Social para a qualificação da gestão, a equidade no acesso aos serviços, a distribuição e avaliação dos recursos para melhoria da atenção à saúde da população como elementos propulsores do atingimento da integralidade no Sistema Único de Saúde, o nosso vilipendiado SUS.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos.

No primeiro, apresentou-se uma construção teórica acerca das concepções de democracia: a participação cidadã e o controle social, como sendo meio e instrumento de realização de valores afirmativos traduzidos em garantia dos direitos fundamentais tendo como princípio que o poder emana da vontade do povo. (SILVA, 2004, p.125). Apresentamos uma abordagem constitucional onde se determina que “todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” e segundo Dasso Júnior (2006) esses são os princípios da soberania e da participação popular, norteadores do Estado Democrático que podem afirmar o exercício da democracia direta, pois está vinculado aos institutos de participação popular como o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular como modalidades de consulta popular. (DASSO JÚNIOR, 2006).

Abordamos a participação cidadã e controle social levando-se em conta a relação entre Estado e sociedade civil, com base na fundamentação teórica em Gramsci na qual, pode-se afirmar que o Controle Social não é do Estado ou da Sociedade Civil, mas das classes sociais e por isso é contraditório, pois pode ser de uma ou de outra classe em determinado momento histórico, pois o Estado é espaço de luta de classes pela disputa de poder segundo Oliveira (2009) citando Correia (2005). Assim, o Estado congrega além da sociedade política

a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantém o consenso de uma determinada classe sobre a outra. Dessa forma o “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2000 p.331).

Apresentamos por derradeiro estudo que classificam o sentido democrático da participação como instância efetiva de mudança nas tomadas de decisões, relacionando níveis de participação em oito tipos numa escala considerada degraus de uma escada na forma de ascendência ao nível de poder do cidadão em decidir sobre os resultados de uma política. (SHERRY ARNSTEIN, apud DASSO JÚNIOR, 2006). Nesse sentido apresentamos o novo contexto político das conferências a partir do governo Lula de 2003.

No segundo capítulo tratou-se da abordagem relativa a participação da comunidade no SUS apresentando o contexto político e da saúde no período antecedente ao Movimento da Reforma Sanitária e posteriormente a realização da 8ª Conferência, marco balizador da participação cidadã nos rumos das políticas de saúde com resultados positivos na carta constituinte e nas Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 que consagraram a participação da comunidade como princípio constitucional e garantiram as instâncias dos segmentos sociais nas conferências e nos conselhos de saúde como órgãos consultivos e deliberativos nos governos Municipais, Estaduais e Federal.

No terceiro capítulo, apresentou-se a constituição histórica das conferências considerando contexto político, econômico e social em que se realizaram ressaltando a implantação do modelo gerencial quando da Reforma do Aparelho do Estado no governo de Fernando Henrique e que dá a percepção de transferência de responsabilidades do público para o privado, preocupando os participantes da 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacional Saúde devido ao teor das propostas de publicização, um eufemismo, que nada mais é do que a privatização dos órgãos executores dos programas de saúde, gerando moção de repúdio por maioria dos delegados uma vez que o 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”. (BRASIL, 2000, p.20).

Apresentamos, ainda, uma abordagem que tratamos como questões controversas identificadas na origem da participação da comunidade e que segundo Pontual (2008) ainda permanece, em particular se os conselhos municipais de saúde são Instituições Participativas (IP) de intercedência na formulação e deliberação de políticas de governo ou ainda se

apresentam como meros fóruns criados por indução legal para homologação de repasses de recursos federais?

Essas colocações suscitaram ao autor desse estudo buscar elementos condicionantes a institucionalização dos Conselhos de Saúde e da Conferência de Saúde após ter sido vetado suas proposições no texto legal que originou a promulgação da Lei 8.080/90-Lei Orgânica da Saúde, sendo logo em seguida implantados pela Lei Ordinária Federal nº 8.142/90 transitada e aprovada em curtíssimo espaço de tempo no Congresso Nacional.

Nesse sentido é apresentada minuciosamente a configuração desses institutos legais. Partindo de profunda análise documental através de publicações no Diário do Congresso Nacional identificamos que a primeira proposta de regulamentação constitucional do sistema de saúde não trazia no seu escopo a forma de participação prevista no texto constitucional, o que tornou-se factível a partir do veto apostado na Lei 8.080/90 e que numa redação de forma mais detalhada abordando a transferência de recursos no SUS e a Participação do Controle Social, inclusive com uma diferença no que diz respeito ao prazo para realizações da Conferência de Saúde que passa de 2 (dois) anos previstos no PL 3.110/89 que originou a Lei Orgânica da Saúde para realizações a cada 4 (quatro) anos nessa proposição elaborada em tempo recorde que resultou no Projeto de Lei 5.995/90 transformado na Lei 8.142/90 que regula a participação da comunidade nas instâncias das Conferências e Conselhos de Saúde.

Por fim, no capítulo quarto busca-se a concretização desse trabalho para a compreensão de haver de fato uma participação ou mero controle social, ou se caminhamos para uma conceituação de déficit democrático nesse espaço. A partir de análise qualitativa das resoluções aprovadas na 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, em que o autor foi partícipe na condição de delegado representante do segmento usuários considerando elementos de variáveis das propostas na concepção da escada de poder cidadão anteriormente apresentada.

Em fim, alguns dos questionamentos abordados nesse trabalho que compreendi ser necessário para ter minimamente entendimento do que seja o exercício direto de cidadania e participação do controle social no âmbito da saúde coletiva e sua atuação nos espaços institucionalizados e representativo dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Embora, não existam muitos estudos sobre esse aspecto de confrontar a teoria e a prática, entendo ser isso o que reveste esse trabalho de importância, seja em nível de reflexão

ou de aproximação para postulação de avanços no quesito de participação democrática e do Controle Social nas Conferências e Conselhos de Saúde e evitar-se a configuração de uma perspectiva possível de déficit democrático.

1 DEMOCRACIA: PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E CONTROLE SOCIAL

A democracia não é por si um valor sem fim, mero conceito político abstrato e estático, mas meio e instrumento de realização de valores que se afirmam num processo que traduz a garantia dos direitos fundamentais do homem no decorrer da história, mantido sempre o princípio básico de que ela revela um regime político em que o poder emana da vontade do povo (SILVA, 2004, p.125)

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição de 1988 os institutos da representação e da participação direta constituem o “Estado Democrático de Direito” tendo como fundamentos, segundo o artigo 1º: a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político.

O parágrafo único desse mesmo artigo determina que “todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” e segundo Dasso Júnior (2006) esses são os princípios da soberania e da participação popular, norteadores do Estado Democrático. O exercício da democracia direta está vinculado aos institutos de participação popular definidos no artigo 14 e seus incisos, como sendo o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular como modalidades de consulta popular e que Dasso Júnior, considera que podem ser realizadas no nível federal, estadual e municipal, embora várias questões apontem omissões constitucionais sobre a forma de utilização desses instrumentos, sobretudo quanto às espécies e ao objeto das consultas e quanto ao seu procedimento inclusive impondo certas barreiras à consecução da participação cidadã como é o caso da proposta de Lei por iniciativa popular, prevista no parágrafo 2º do artigo 61 que determina:

A iniciativa popular pode ser exercida pela apresentação à Câmara dos Deputados de projeto de lei subscrito por, no mínimo um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles.

As exigências do dispositivo tornam quase impraticável a utilização deste instituto, embora o autor cite que houve uma movimentação bem sucedida resultando na aprovação da Lei 9.840/99, para proibir a corrupção eleitoral (compra de votos) e proibição do uso eleitoral da máquina administrativa, com previsão de multa e cassação do registro da candidatura ou do diploma do eleito nessas circunstâncias. Quanto ao plebiscito e ao referendo, não

aprofundarei o entendimento, pois requer uma reflexão mais apurada uma vez que segundo Benevides (1996, p.132) apud Dasso Júnior são institutos de democracia semidireta, por possibilitar um sistema misto de representação tradicional conjugado com mecanismos de democracia direta e não sendo o foco principal deste trabalho demandaria um maior esforço de análise.

Para melhor compreensão e entendimento dos tipos de democracia, apresentamos significados relacionados por Maria Elizabeth Guimarães Teixeira Rocha (março, 1993) onde diz que “democracia, etimologicamente designa a forma de governo no qual o poder político é exercido pelo povo” (BOBBIO 1986, p.315).

Nesse entendimento, Bonavides (1985.p.501-514), diz que “a emanção da soberania popular pode ser exercida, por meio de três modelos: a democracia participativa ou direta, a democracia representativa ou indireta e a democracia semidireta”. Dentro dessas concepções temos na democracia direta o povo atuando diretamente da vida política do Estado; na democracia indireta ou representativa, o povo delega poderes aos seus representantes através do voto, sendo que segundo João Afonso da Silva “a democracia representativa pressupõe um conjunto de instituições que disciplinam a participação popular no processo político (...) tais como as eleições, o sistema eleitoral, os partidos políticos” mecanismos disciplinadores para a escolha dos representantes do povo. E por fim, a democracia semidireta, conjuga os mecanismos que mesclam instituições de participação direta e indireta na formação dos atos de governo, consagrados no artigo 1º combinado com o artigo 14 e seus incisos instituindo o denominado “Estado Democrático de Direito” na Constituição Federal brasileira.

1.1. Participação Cidadã e Controle Social: do que estamos tratando?

Para que tenhamos uma compreensão de participação e controle social é preciso ter uma identificação de Estado e sociedade civil no contexto histórico em que se vive. A sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais (DIAS, 1996 apud CORREIA, 2005).

Buscamos para discorrer no desenvolvimento de nosso trabalho sobre a participação cidadã e controle social, a concepção de Gramsci (2000, p.244 apud Correia, 2005) onde a sociedade civil tem “uma dimensão claramente política”, enquanto espaço de luta de classe

pela hegemonia e pela conquista do poder político por parte das classes subalternas (COUTINHO, 2002).

Segundo Correia (2005) para Gramsci o Estado congrega além da sociedade política a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantém o consenso de uma determinada classe sobre a outra.

Dessa forma o “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2000 p.331).

Assim, considerando a concepção de Gramsci da relação Estado/sociedade civil, segundo Correia (2005), fica uma afirmação de que o Controle Social não é do Estado ou da Sociedade Civil, mas das classes sociais e sendo assim é contraditório, pois em um determinado tempo pode ser de uma ou de outra classe sendo o Estado espaço de luta de classes pela disputa de poder.

Para Correia, dentro do conceito gramsciano de Estado que controla a sociedade considerado o campo das políticas sociais como contraditório, mas que ao mesmo tempo apreende algumas de suas demandas é que nasce um novo conceito para o controle social: atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Consequentemente, implica o controle social sobre o fundo público (CORREIA, 2003).

Por outro lado, na concepção liberal a sociedade civil é considerada homogênea e portadora de interesses universais, implicando em práticas sociais que visem minimizar os antagonismos de classes estabelecendo-se consensos e parcerias entre Estado e sociedade civil para solução de problemas ditos universais superando as disputas interclasses. (CORREIA, 2005b).

Segundo CORTES (1996) “o remodelamento das organizações políticas das democracias liberais” deram nova inflexão ao conceito de participação. Essas alterações implicaram na criação de novos mecanismos participativos destinados a desburocratizar os

processos decisórios, delegando funções à sociedade, incluída na Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto, os conselhos e as conferências podem se transformar em espaços de homologações consensuadas para aprovar propostas que identificam interesses comuns da sociedade. Assim, os conselheiros, muitas vezes passam a ser responsabilizados pela gestão da saúde e se sentem pressionados, em muitos casos a aprovar prestações de contas pouco transparentes, sob o argumento de prejudicarem o município ou estado caso não as aprovem. (BRAVO, 2006). Desta forma, podem se constituir em legitimação do poder e deixam de exercer o Controle Social passando a serem controlados.

Este é o controle social que interessa às classes dominantes, segundo Correia (2012), pois não interfere em seus propósitos de dominação do Estado. Nessa perspectiva de compartilhamento com a sociedade para controlar gastos e enfrentar os problemas sociais que o governo Fernando Henrique Cardoso apresentou num discurso de participação e de controle social, o seu modelo gerencial na forma de um “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)” em 1995 (BRASIL, MARE, n.6, 1997).

Nessa perspectiva de reformulação são produzidos novos conceitos na regulação da Administração Pública do Estado através da transformação e a criação de novas instituições como é o caso das Agências Reguladoras dos Serviços Públicos Delegados assim como criação de Organizações Sociais - OSs e das Organizações Sociais de Interesse Público – OSCIPs no âmbito da saúde (BRESSER PEREIRA, 1998).

Segundo Dasso Júnior (2006) embora esses novos entes federativos possuam diversos mecanismos de interface com a cidadania, nenhum deles pode ser considerados efetivamente como um mecanismo de participação cidadã, pois, não garantem uma real participação à cidadania na tomada de decisões o que o autor classificou como gerador de um déficit democrático.

Esse novo modelo de Administração Pública (AP) importa novas concepções da relação Estado/Sociedade numa política de matriz ultraliberal, e segundo Dasso Júnior (2006), no plano da retórica, a transparência da AP e o aumento da participação e do controle da sociedade sobre o Estado também estavam presentes, sendo em vista desse aspecto singular, merecedor de uma abordagem mais detalhada que faremos adiante em tópico específico no capítulo terceiro, pois aconteceu numa conjuntura política quando da realização da 9ª e 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Nessa perspectiva, para termos maior entendimento de que, “Controle Social ou Participação da Sociedade”, tratamos é preciso considerar alguns princípios teóricos de alguns autores brasileiros encontrados na literatura sobre esse tema.

A expressão “Controle Social” vem sendo utilizada na contemporaneidade como fundamento da Participação Social, ou da Sociedade, para caracterizar a necessidade dos setores da sociedade civil e dos movimentos populares estarem incluídos na definição das diversas fases das políticas públicas desde a sua formulação, deliberação, fiscalização, monitoramento e avaliação como instrumento transformador de um modelo de sociedade mais plural e equânime, essencialmente no que tange aos direitos sociais da saúde.

Importa ressaltar que embora conste no texto constitucional e na legislação infra como “participação da comunidade”, encontramos em CONASS (documenta n. 18, p.32), citações de vasta literatura que aborda o tema utilizando outras formas: “controle social” apud (CARVALHO, 1995; PINHEIRO; DAL POZ, 1995; RIBEIRO, 1997; SILVA; LABRA, 2007) ou “participação social ou da sociedade” (apud, GUERSCHMAN, 1995; MARTINS, 2008). O próprio Conselho Nacional de Saúde utiliza a forma “controle social” (BRASIL, 1992; 2002; 2003), ao invés de “participação da comunidade”.

Para Carvalho (1995) apud Correia “Controle Social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Segundo Bravo (2002, p.45 apud Correia) partindo do aspecto legal diz que o sentido de Controle Social inscrito na Constituição Federal de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”.

Compreendendo que para haver democracia um requisito essencial é a existência da participação cidadã trazemos alguns conceitos apresentados por Dasso Júnior (2006) sobre participação:

Para CHRISTIAN CAUBET, (apud DASSO JÚNIOR, 2006)

Participar é muito mais do que estar presente e debater. Participar supõe que a decisão final contemple as aspirações e interesses dos que deliberam, com a proteção efetiva dos direitos das minorias. Se os representantes de uma minoria estão sempre presentes nas deliberações, isso não significa que eles participam. Eles podem estar perdendo todas as votações democraticamente...Estão condenados a coonestar sempre as decisões tomadas pelas pessoas majoritárias no recinto.

Já Sherry Arnstein (apud Dasso Júnior, 2006) entende a participação cidadã como sinônimo de poder cidadão. Para a autora

Participação é a redistribuição de poder que permite aos cidadãos sem-nada, atualmente excluídos dos processos políticos e econômicos, a serem ativamente incluídos no futuro. Ela é a estratégia pela qual os sem-nada se integram ao processo de decisão acerca de quais as informações a serem divulgadas, quais os objetivos e quais as políticas que serão aprovadas, de que modo os recursos públicos serão alocado, quais programas serão executados e quais benefícios, tais como terceirização e contratação de serviços, estarão disponíveis. Resumindo, a participação constitui o meio pelo qual os sem-nada podem promover reformas sociais significativas que lhes permitam compartilhar dos benefícios da sociedade.

Importa, nesse momento é entender o sentido democrático da participação como instância efetiva de mudança nas tomadas de decisões, assim a autora relaciona os níveis de participação em oito tipos numa escala considerada degraus de uma escada na forma de ascendência ao nível de poder do cidadão em decidir sobre os resultados de uma política. Nessa perspectiva, o modelo de participação cidadã segundo Sherry Arnstein, embora simplificado, ajuda a demonstrar graus bastante diferentes de participação do cidadão, podendo ser instrumento de análise em qualquer espaço da sociedade onde há permanente disputa entre as classes dominantes e as classes subalternas.

Apresentamos abaixo os oito tipos de participação em forma de uma escada onde cada degrau corresponderia ao nível de poder do cidadão em incidir e decidir sobre os resultados:

“Os Oito degraus da escada da participação-cidadã”

8 Controle Cidadão	Níveis de poder cidadão
7 Delegação de Poder	Níveis de poder cidadão
6 Parceria	Níveis de poder cidadão
5 Pacificação	Níveis de concessão mínima de poder
4 Consulta	Níveis de concessão mínima de poder
3 Informação	Níveis de concessão mínima de poder
2 Terapia	Não-participação
1 Manipulação	Não-participação

Ainda, segundo a autora os primeiros degraus da escada 1 - Manipulação e 2 - Terapia, pessoas são convidadas a participarem de conselhos consultivos sem real poder de decisão, somente com o propósito de envolvê-las para obter seu apoio, dessa forma o objetivo

real é não permitir a população em participar de processos de planejamento ou conduzir programas, mas sim permitir que os tomadores de decisão possam “educar” ou “curar” os participantes. Os degraus 3 - Informação e 4 - Consulta, apresentam uma concessão limitada de poder que permitem aos participantes ouvir e serem ouvidos, mas não têm a garantia assegurada que suas opiniões serão acatadas por os detentores do poder de decisão. O degrau 5 – Pacificação consiste apenas um nível superior da concessão limitada de poder dos tipos 3 e 4 pois permite apenas o aconselhar os mandantes que detêm a condição de tomar a decisão final. Os degraus seguintes com poder crescente de poder decisório, permitem que os cidadãos possam participar de uma tomada de decisão no tipo 6 - Parceria, indica um poder de negociação de igual para igual com àqueles que hegemonicamente detêm o poder. Por fim, nos níveis 7 - Delegação de poder e 8 - Controle Cidadão, quando aqueles que habitualmente estiveram excluídos dos processos detêm a maioria nos fóruns de tomada de decisão ou mesmo o completo poder gerencial.

Nessa perspectiva, importa compreender a grande utilização das conferências em nível nacional pelo governo Lula a contar de 2003, ampliando a participação da população na formulação de políticas públicas num “vasto processo de democracia participativa” (SGPR, 2006, p.3 apud SOUZA, 2012).

Souza (2012) destaca que 74 conferências nacionais foram realizadas entre 2003 e 2010, segundo dados obtidos com a Secretaria-Geral da Presidência da República (SGPR), promovidas pelos respectivos órgãos responsáveis, estimando-se que mais de cinco milhões de pessoas participaram considerando-se as etapas preparatórias aduzindo dessa forma que aparentemente, “a aposta na institucionalização e sustentabilidade de um sistema de participação de tal envergadura representa um esforço inédito na história do país” (MARICATO; SANTOS JÚNIOR, 2006, p. 28).

Ressalta também que do universo de 74 conferências, 21 processos ocorreram uma única vez, 9 contaram com duas edições, 5 com três edições e outros 5 com quatro edições entre 2003 e 2010 indicando forte recorrência dos processos realizados no período analisado, embora a maioria das conferências tenha ocorrido uma vez. Importa dizer que dos 40 tipos de conferências realizados, vinte e oito tiveram sua primeira edição com abordagem de temáticas ainda inéditas.

Por outro lado, analisando as finalidades nos atos normativos das conferências, Souza faz uma distinção da natureza dessas finalidades categorizando seus objetivos em:

agendamento, avaliação, participação e proposição o que permitiu constatar que as conferências tinham objetivos ligados à proposição, como já esperado, mas também possuíam outras finalidades como fortalecer a participação, analisar situações e agendar assuntos. Constata o autor que 26 conferências tiveram o agendamento em suas finalidades, sendo que algumas apenas podem ser identificadas nesta categoria o que contribui somente na difusão de ideias e sendo assim não deve ser considerado como processo participativo na gestão de políticas públicas, embora o agendamento possa ser base para a proposição de políticas. Outro fator importante é que mesmo nas conferências já tradicionais e instituídas em lei nas áreas de saúde, assistência social e direitos da criança e do adolescente, não existiu a declaração da finalidade de auto-avaliação para a conferência.

Segundo o autor, isto dá a sensação de que muitas vezes se recomeça, formulando propostas do zero, se forem consideradas apenas as finalidades. Ainda, no que tange às finalidades relacionadas à participação, a interface entre conselhos e conferências também apareceu poucas vezes e a eleição de conselhos em conferências foi caso isolado. Destarte, observa que segue como desafio a compreensão das consequências das conferências, tendo em vista que avaliar estes processos só com base na finalidade propositiva, seria limitar a observação de efeitos decorrentes da participação social na gestão pública (SOUZA, 2012).

Nesse sentido, Avritzer (2012) sustenta que as conferências nacionais se tornaram a mais importante e abrangente política participativa do Brasil, embora suas principais características políticas como processo de participação e caracterização dos participantes bem com seus efeitos sobre as políticas públicas ainda seja de pouco conhecimento.

Na mesma linha, identifica que o padrão de participação nas conferências nacionais está em continuidade com as práticas de participação no nível local sendo significativa a participação institucionalizada. Traçando um perfil dos participantes salienta que na maioria dos casos é uma mulher com quatro anos ou mais de escolaridade e com uma renda na média da população brasileira.

Outra dimensão elencada refere-se ao acesso às informações seja para participar ou para a tomada de decisão, pois uma parcela significativa de participantes não considera adequada à informação a qual tiveram acesso. Outro fator importante é quanto ao nível de implementação das decisões das conferências nacionais que segundo Avritzer, há evidências minimamente de forma parcial de que há um esforço para implementação das deliberações tomadas nas conferências nacionais, embora a questão da efetividade das políticas

participativas no plano nacional continuará conforme o autor, dependente de arranjos capazes de integrar participação e gestão.

1.2. Conclusões do Capítulo Primeiro

Considerando que uma das três diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a participação da comunidade, foi necessário, em um primeiro momento, refletir sobre o significado real da expressão democracia e, posteriormente, da distinção entre participação cidadã e controle social.

Parece evidente que um real processo democrático não pode ser caracterizado sem a existência concreta de participação cidadã, o que segue sendo uma raridade na relação entre a sociedade civil e o governo e/ou a Administração Pública. De outra banda, há uma proliferação de mecanismos de controle social na realidade brasileira.

Nessa perspectiva o exercício do controle social da sociedade civil sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos é um potente mecanismo para que não se consumam propostas de redução das políticas sociais, incentivos às privatizações e mercantilizações, em especial no campo da saúde. Porém, são meros mecanismos de pressão social. Se efetivamente fossem mecanismos de participação cidadã, toda e qualquer decisão sobre temas relevantes à sociedade brasileira, tais como a saúde pública, deveria passar obrigatoriamente pela deliberação e decisão popular.

O novo sistema adotado no Brasil a partir do governo Lula, através das conferências nacionais, conjugando “participação” com o sistema de representação institucional pode, eventualmente, constituir um novo modelo de gestão participativa perfazendo um marco no desígnio das políticas públicas em âmbito local e nacional.

2 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS

2.1. Movimento da Reforma Sanitária (Anos 1970/80 – 8ª Conferência)

As reformas institucionais implantadas pelo governo militar no período de 1964 a 1984 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 afetaram substancialmente o modelo de saúde pública no Brasil até então representado pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923 como sociedades civis, organizadas por empresas para atender marítimos e ferroviários e suas famílias, oferecendo aposentadorias, pensões, pecúlios e assistência ambulatorial e hospitalar em caso de cirurgia, segundo Oliveira e Teixeira (1986, p.22) apud Cortes (2002). A participação de representantes de trabalhadores ocorria em seu principal órgão diretivo, sendo sua composição formada por três membros designados pela empresa e dois eleitos diretamente pelo conjunto dos empregados. Posteriormente, em 1933 substituindo as CAPs, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) como autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho abrangendo nacionalmente trabalhadores urbanos organizados agora por categorias profissionais e não mais por empresa, tais como a dos marítimos, estivadores, industriários, bancários, comerciários, servidores públicos federais, (Malloy, 1977, p.46-7 apud Cortes, 2002) deixando de fora outras categorias de trabalhadores urbanos, domésticos, autônomos, servidores públicos municipais e os trabalhadores da área rural. Segundo Cortes (2002) citando Oliveira e Teixeira (1986, p.118-131) esses Institutos também tinham mecanismos participativos, mas o governo federal interferia diretamente na escolha dos representantes para os seus órgãos diretivos.

Com a criação do INPS, as pensões, as aposentadorias e a assistência médica de todos os trabalhadores com vínculo formal de trabalho passam a ser gerida por esse órgão, permanecendo ainda excluídos os trabalhadores do campo e também uma gama de trabalhadores urbanos do setor informal. Nesse período o INPS financiou a fundo perdido empresas privadas que tinha interesse na construção de hospitais (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005) o que propiciou a maior expansão em volume de recursos e de cobertura da assistência médica aos beneficiários da previdência social (BRASIL, CONASS, 2011, p.291).

O regime de exceção instituído em 1964 concentra poder político e financeiro na União e define o modelo da Administração Pública baseado em princípios da Administração Patrimonialista e da Administração Burocrática, permanecendo práticas fundadas no clientelismo e paternalismo estimulando o crescimento da provisão privada de bens e serviços fechando os mecanismos de participação dos trabalhadores em órgãos decisórios e consultivos da Previdência Social.

Em meados da década de 1970, em função da crise do modelo econômico vigente implantado pela ditadura militar, o sistema de saúde previdenciário começa a enfrentar problemas estruturais dos quais, dentre vários, àqueles decorrentes da diminuição da arrecadação pelo declínio do crescimento econômico, repercutindo na incapacidade para atender uma população excluída do sistema e que aumenta cada vez mais em decorrência do desemprego como também do aumento crescente dos custos resultantes do modelo de saúde priorizado na medicina curativa hospitalocêntrica cada vez com maior grau de complexidade, incapaz de resolver as questões de saúde coletiva, como as epidemias, endemias e dentre outros, os altos índices de mortalidade infantil.

O governo do regime militar começa a sentir enfraquecimento de suas bases sociais de apoio e segundo Paim (1989, p.19) citado em Cortes (2002) o novo presidente militar desse período, propõe uma gradual liberalização política e demonstra uma maior preocupação em expandir as ações e serviços de saúde visando estender a cobertura a parcelas da população até então excluídas de acesso a serviços de saúde, implementando medidas a partir de 1974 no sentido de estimular a “participação da comunidade”.

Nesse contexto segundo os autores citados começa a ressurgir um movimento pela transformação do setor saúde buscando a melhoria da qualidade de vida do povo, unindo sindicatos de categorias profissionais da saúde, principalmente médicos, acadêmicos e cientistas com diversos movimentos sociais que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais inerentes à democracia. Conforme Paim (1989) apud Cortes (2002) a proposta de implantar, embora sem sucesso, um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) em 1979 iniciou pela primeira vez, uma discussão de proposta nacional de serviços de saúde que incorporava a noção de participação comunitária no setor.

O ressurgimento do movimento estudantil e o surgimento do movimento pela anistia e do novo sindicalismo, além do início do movimento sanitário segundo Cordeiro (2004),

forçam mudanças na política do regime militar que desgastado pela crise do modelo econômico lança mão de políticas sociais para sua legitimação, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), criando o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) para responder às demandas populares. Não tendo quadros técnicos para ocupar todos os espaços abertos pelos inúmeros projetos, permitiu que pessoas mesmo com pensamento politicamente contrário, ocupassem os espaços institucionais possibilitando ao movimento sanitário entrar na alta burocracia estatal, na área da saúde e da Previdência Social e apresentar propostas transformadoras e democratizantes para melhorar o atendimento à saúde principalmente da população mais carente (SCOREL, 1998, in CONASS, 2011).

Inicialmente, setores dos movimentos sociais urbano, rural e sindical, em várias cidades apresentavam suas reivindicações diretamente aos gestores e a classe política. Na segunda metade da década de oitenta, esses movimentos canalizaram suas demandas para comissões interinstitucionais municipais de saúde e posteriormente aos conselhos e as conferências de saúde.

Com a abertura política, o regime militar (ditadura) chega ao fim em 1985 e lideranças do movimento sanitário assumem posições de direção nas instituições responsáveis pela política de saúde. O governo de transição convoca em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde tendo como seu presidente Sérgio Arouca, conhecido sanitário, presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Esse evento, realizado em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986, contou com mais de 4.000 (quatro mil) participantes fundou a base da Reforma Sanitária sendo considerado o movimento de maior significado “pela democratização da saúde em toda sua história” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005) para a ampliação do conceito de saúde-doença incorporando o estado de completo bem estar físico, mental e social, como direito humano fundamental lançado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978 – Declaração de Alma-Ata, resultando daí a delimitação teórica do campo da saúde coletiva que nessa perspectiva passa a tratar o processo saúde-doença como resultado dos condicionantes e dos determinantes sociais na saúde da coletividade e na distribuição demográfica das políticas de saúde demandadas à população.

2.1.1. A 8ª Conferência Nacional de Saúde

A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) sem dúvida é um dos elementos de enorme significado para as pretensões de um sistema público de saúde que apresente a gestão pública nas suas interfaces do planejamento, da avaliação, da execução e do monitoramento das políticas de saúde. Para termos melhor compreensão da necessidade e do envolvimento da participação da comunidade devemos buscar a constituição e os atores sociais que propugnaram essa luta a partir de vários momentos que consolidaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 como marco referencial do Movimento da Reforma Sanitária.

Está claro segundo a literatura estudada que não havia participação da comunidade nos processos de discussão das Conferências de Saúde e na formulação de políticas públicas de saúde, sendo este o diferencial democrático que precede a realização da 8ª CNS havendo significativa participação de amplos setores da sociedade civil organizada quando da realização de conferências municipais e estaduais como etapa preparatória à Conferência Nacional de Saúde.

Por isso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, tem importância histórica, pois abre um amplo processo de discussão nacional sobre os rumos da reforma do sistema de saúde, pela democratização das políticas públicas e pela afirmação do direito à saúde, trazendo uma concepção bem clara da participação popular como uma das condições de garantia pelo Estado, do direito à saúde com abrangência universal, equânime e integral a toda população. Nesse contexto, o Movimento de Reforma Sanitária aprova e legitima a proposta de um Sistema Único de Saúde em substituição ao que estava em vigor, tendo como eixo nos debates a participação do Controle Social no SUS definido como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986, apud CORREIA, 2002).

Nesta perspectiva, conforme os autores citados articulam-se no Movimento Nacional de Reforma Sanitária os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares e fazem pressão para que suas pretensões de criação do SUS faça parte do texto constitucional a ser elaborada pela Assembleia Nacional Constituinte, garantindo a Saúde na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado, de forma descentralizada com direção única em cada esfera de

governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, com a participação da comunidade e universalização do atendimento integrando uma rede regionalizada e hierarquizada. A autora observa que a participação da comunidade é apresentada como sendo mais ampla do que o controle, na medida em que envolve todo o processo na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde sendo o controle um dos aspectos dessa participação. Saliente-se por oportuno que conforme o Relatório Final da 8ª CNS foi apresentado proposições de mecanismos de Controle Social no âmbito federal, estadual, municipal/local como os Conselhos de Saúde que possibilitariam a Participação Social de representantes da comunidade oriundos das entidades civis para avaliar, orientar o desenvolvimento do novo SUS, participando do planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (BRASIL, 1986, p.17-18).

2.2. Diretrizes Constitucionais

A Constituição Federal de 1988 assegura como uma das principais diretrizes do SUS, a participação da comunidade, assertiva inscrita no inciso III do artigo 198. Essa garantia foi uma das propostas do Movimento de Reforma Sanitária legitimada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A mobilização da sociedade organizada na luta pela participação popular em defesa da saúde como direito universal, público e gratuito, e nos ditames da construção das políticas sociais, encontra-se descrito no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

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).

A Constituição de 1988 em decorrência da participação de vários atores sociais passa a ser considerada uma “Constituição Cidadã”, pois traz no seu texto um elenco de direitos fundamentais contemplando conquistas da população e já a partir de seu artigo primeiro

define o Brasil como sendo um Estado Democrático de Direito, regulamenta direitos civis, políticos e sociais, muitos originados da luta do Movimento da Reforma Sanitária principalmente aqueles relativos ao direito à Saúde, inseridos em “um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, e democrático, com a participação da população” (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.9, citado em Conass, 2011).

Para Aragon Érico Dasso Junior (2006) o texto constitucional no artigo primeiro em seu parágrafo único está imbuído dos princípios da soberania e da participação popular, definidores do Estado Democrático, quando determina que “todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Além disso, no arcabouço constitucional, estão previstas algumas formas da participação popular nos artigos 10; 29, inciso XII; 194, inciso VII; 198, inciso III; 204, inciso II; 206, parágrafo 1º; e 227, parágrafo 1º. Na área da saúde que é o campo de interesse desse trabalho o artigo 198 prevê a participação da comunidade sendo uma das diretrizes organizadoras do sistema único de saúde, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, integrado por ações e serviços públicos em uma rede regionalizada e hierarquizada e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Segundo DASSO JUNIOR (2006) algumas formas de participação direta dos cidadãos estão previstas no artigo 14 que diz:

A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com igual valor para todos, e, nos termos da lei, mediante:

- I – plebiscito;
- II – referendo;
- III – iniciativa popular.

O artigo 194 inciso VII inclui o cidadão na gestão quadripartite da seguridade social; o artigo 204, inciso II prevê na área da Assistência Social, a participação cidadã tanto no controle das ações em todos os níveis como na formulação das políticas. Por fim, o autor salienta a existência de legislação infraconstitucional que inclui outros mecanismos de participação da sociedade como: as audiências públicas, consulta pública, previstas na Lei 9.784 de 1999 bem como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, foco desse estudo, regulamentados na Lei 8.142/1990 como fóruns institucionalizados da participação da comunidade prevista como diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde. Entende o autor que existe previsão legal e constitucional para o exercício da participação, mas estes

institutos enfrentam dificuldades de aplicação no Brasil em razão das desigualdades sociais que afastam ou impedem os cidadãos de participarem da política ou em função de barreiras impostas na conformação burocratizada destes mecanismos como as previstas no artigo 32 da Lei 9.784 de 1999.

2.3. Princípios do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90)

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe no seu escopo a garantia à saúde como direito humano fundamental (art. 6º; 198º) e para sua concretização se fez necessário uma legislação infraconstitucional que explicitasse a forma da cidadania exercer tal direito. Assim, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, no seu artigo 4º define a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público assim como também aquelas que atuam no controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, sendo que a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Consolidando as diretrizes elencadas no artigo 198 da Constituição Federal, o SUS incorpora conforme o artigo 3º da Lei 8080/90, com redação atualizada pela Lei 12.864 de 2013, o conceito ampliado de saúde tendo como determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais além das ações que garantam às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Da mesma forma, a Lei 8.080/90 em seu artigo 7º determina que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados obedeçam a princípios como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, o acesso igualitário e a participação da comunidade. Essa legislação define que a direção do SUS é única e será exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e da mesma forma no âmbito dos Municípios. A forma de participação da comunidade tem seu arcabouço legal fundamentado na Lei 8.142 de 28 de

dezembro de 1990 que trataremos a seguir. Aliás, no desenvolvimento desse trabalho no capítulo terceiro sobre Conferência de Saúde e Conselhos de Saúde, abordaremos de forma mais detalhada a questão da participação da comunidade ter sido regulamentada à parte da Lei 8.080/90, vez que seu artigo onze que tratava sobre estas instâncias foi vetado na promulgação da Lei Orgânica da Saúde.

2.4. Participação da Comunidade (Lei 8.142/90)

A partir da (re)democratização do país, a Constituição Federal de 1988 garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, consagra no seu artigo 198 como diretrizes a participação da comunidade em um sistema público de saúde, com direção única em cada esfera de governo, visando ao atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas considerando a universalidade de acesso integrado numa rede regionalizada e hierarquizada.

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências de recursos financeiros intergovernamentais na área da saúde. Institui no seu artigo 1º alíneas I e II que o SUS criado pela Lei 8.080/90 contará com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. Determina conforme § 1º que a Conferência de Saúde “reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde”.

A Lei promulgada define que o Conselho de Saúde será composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários para atuar, em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no nível correspondente de governo, inclusive no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. A lei assegura que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (§ 2º e § 4º do artigo 1º, da Lei 8.142/90). Isto quer dizer que a participação dos

usuários terá a metade dos membros na composição de representação integrando tanto os Conselhos como as Conferências de Saúde. A lei garante também que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tenha representação no Conselho Nacional de Saúde (§ 3º, da Lei 8.142/90). Outrossim, diz a supra citada lei que, para receberem os recursos, de que trata o artigo 3º, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde;

II – Conselho de Saúde, com composição paritária conforme a legislação sobre o assunto.

Esse referencial é determinante para que os recursos cheguem ao fundo de saúde, seja estadual, municipal ou distrital deve existir legalmente um Conselho de Saúde com composição de forma paritária entre usuários e demais segmentos que controle, participe e fiscalize a execução das ações e serviços de saúde em cada nível de governo.

2.5. Conclusões do Capítulo Segundo

Neste Capítulo foi possível perceber, a partir de uma contextualização histórica, que a mobilização organizada unindo sindicatos de profissionais da saúde, movimento estudantil e cientistas com os movimentos sociais na luta por direitos civis e sociais resultaram no Movimento Nacional de Reforma Sanitária que na 8ª Conferência Nacional de Saúde tendo como eixo nos debates a participação do Controle Social no SUS definido como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986, apud CORREIA, 2002). Esta Conferência aprova e legitima a proposta de um Sistema Único de Saúde em substituição ao que estava em vigor e nesse contexto, surge o novo modelo de saúde com caráter universal, público e gratuito que integra o texto da Constituição Federal de 1988 garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, definindo o SUS como um sistema com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, universalização do atendimento integrando uma rede regionalizada e hierarquizada e com a participação da comunidade regulamentada pela Lei 8.142/90 que institui as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como sendo as instâncias operativas do Controle Social.

3 CONFERÊNCIAS E CONSELHOS

As Conferências de Saúde no Brasil remontam a meados do século XX sendo que a legislação em 1937 previu conferências para as áreas de saúde e educação (Lei nº 378 de 13/01/1937), sendo a 1ª Conferência de Saúde realizada em novembro de 1941 no primeiro governo de Getúlio Vargas. Segundo Hochman (2005, pg.133) apud Souza (2012) a 1ª Conferência reuniu “representantes dos órgãos públicos de saúde na esfera federal e estadual, para discussão e deliberação de questões administrativas relativas à saúde pública”. Nessa época a participação nesses espaços era restrita aos agentes estatais. Participavam autoridades do Ministério da Educação e Saúde e autoridades de setores dos estados e do território do Acre, servindo basicamente como instrumento do governo federal para conhecer ações desenvolvidas pelos entes federativos e com previsão de realização a cada dois anos.

A ideia nesse estudo não é fazer nenhum tipo de análise aprofundada sobre as conferências nacionais de saúde desde a sua constituição. Interessa, sobretudo, analisar a prática das Conferências, a partir do marco referencial da Constituição Federal de 1988, considerando a diretriz constitucional da participação da comunidade regulamentada na Lei 8.142/90. No entanto se faz mister, objetivando o enfoque da diretriz constitucional: participação da comunidade, fazermos um recorte problematizando o Controle Social quando da realização das Conferências anteriores.

3.1. Histórico e Contexto das Conferências de Saúde

A 2ª Conferência realizada em 1950 e a 3ª Conferência em 1963 não obedeceram ao prazo de dois anos para sua realização, previstos na determinação legal que as instituiu. Na vigência do regime militar instaurado em 1964 a 4ª Conferência (1967), a 5ª Conferência (1975) e a 6ª Conferência (1977) retomaram o caráter de debate técnico mantendo a participação das autoridades dos estados e território do Acre, mas trouxeram contribuições e propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde em vista da condição de avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais, singularmente ao controle das grandes endemias, abrindo um debate sobre a necessidade de se ter uma Política Nacional de Saúde.

Assim, a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, ainda no regime militar já se pronunciava como uma inquietação da Sociedade Civil que pedia mudanças no sistema de saúde e no modelo das Conferências de Saúde realizadas sem a participação da representação social do País.

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, tem importância histórica, pois abre um amplo processo de discussão nacional sobre os rumos da reforma do sistema de saúde, pela democratização das políticas públicas e pela afirmação do direito à saúde, trazendo uma concepção bem clara da participação popular como uma das condições de garantia pelo Estado, do direito à saúde com abrangência universal, equânime e integral a toda população.

A 8ª Conferência explicita as diretrizes para reorganização do sistema e detalha princípios que deveriam orientar a organização e operação do novo sistema de saúde incluindo definições de responsabilidades da União, Estados e Municípios na gestão do Sistema de Saúde, e que viriam integrar na sua essência o texto da Constituição Federal de 1988.

Ao longo da trajetória histórica, as Conferências trazem no seu interior os fundamentos de fortalecimento da representação da participação dos setores interessados. (Côrtes, 2002). Para a autora os movimentos sociais organizados a partir da segunda metade da década de 1980 canalizaram nos Conselhos e nas Conferências de saúde, as demandas dos setores sistematicamente excluídos dos processos decisórios.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1990 foi realizada somente em 1992 no período de 09 a 14 de agosto sendo a primeira a realizar-se após a vigência da lei 8.142/90. Seus adiamentos foram motivados pelo governo Collor fragilizado na época por uma série de denúncias de corrupção agravado por uma política econômica recessiva e privatizante, característica do modelo neoliberal que se iniciava no País e que levaram à Câmara dos Deputados a instituir uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) processo legislativo que levou a deposição do presidente Fernando Collor de Mello. Iranir de Oliveira (UFAL, 2009) apresenta o cenário político que precedeu à 9ª Conferência.

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).

Como tema central “Municipalização é o caminho” e entre temas específicos o “Controle Social”, seu Relatório aponta uma participação de “quase 3.000 delegados e participantes credenciados e ainda mais de 1.500 observadores” defendendo serem as conferências de saúde “fóruns para a definição das regras para formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha de representantes dos diferentes segmentos que integram os conselhos”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1992, p. 13 e 34).

Das contribuições extraídas dessa conferência, está consolidada a reivindicação de implementação de outra diretriz constitucional, a descentralização do SUS, com direção única em cada esfera de governo, através da municipalização da saúde com fortalecimento do controle social através dos Conselhos de Saúde.

Reforça para o fortalecimento dos Conselhos, a necessidade de cumprimento de seu caráter deliberativo quando de sua instituição legal e que seja garantida na sua composição a paridade considerada na Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo a proporção de 50% de representação dos usuários, 25% dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços. Esta paridade foi posteriormente mantida pela Resolução 333/2003 do CNS bem como atribuições propostas aos conselhos incorporadas na citada Resolução.

Reivindica mais divulgação das suas ações fortalecendo o controle social através da implantação de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo. Propõe os Conselhos em todas as unidades no âmbito das políticas da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência). Requer acesso às informações financeiras dos recursos repassados aos Estados e Municípios, a defesa das conferências estaduais e municipais como sendo preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social e uma mobilização nacional para garantir o financiamento das ações e serviços públicos que constituem um Sistema Único de Saúde, sendo esse item essencial para assegurar a democratização do SUS. (BRASIL, 1992)

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 02 a 06 de setembro de 1996, traz como um dos temas o Controle Social na saúde. Ela contou com a participação de “1.260 delegados [...] 351 convidados e 1.341 observadores”(BRASIL, 1996, p.11).

Aconteceu numa conjuntura política de enfrentamento da “Reforma do Modelo Gerencial do Aparelho do Estado” implantada pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Em vista desse aspecto singular, entendo necessária uma breve abordagem sobre o assunto, pois, tornou-se de extrema relevância a compreensão dos propósitos da política de matriz ultraliberal programática do governo FHC que se instalava no País.

3.2. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado: As Conferências de Saúde e o Modelo Gerencial da Administração Pública

O Plano Direto da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), apresentado em 1995 por Luiz Carlos Bresser Pereira previa reduzir a estabilidade no emprego dos servidores públicos, utilizar o setor privado como modelo, usar organizações públicas não-estatais para prestar serviços públicos sociais e científicos, etc. A proposta organizacional no PDRAE prevista para a Administração Pública (AP) distinguia as atividades do Estado em quatro setores: “Núcleo Estratégico”, “Atividades Exclusivas”, “Serviços Não Exclusivos” e “Produção de Bens e Serviços para o Mercado”, alterando a forma de propriedade pública dividindo-a em dois tipos: estatal e não-estatal. Assim a propriedade estatal estaria presente nos Setores do “Núcleo Estratégico” responsável por definir as leis e as políticas públicas, e cobrar o seu cumprimento. Corresponderia ao governo, em sentido lato, ao Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no Executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas. O setor das “Atividades Exclusivas do Estado” por serem serviços que só o Estado pode realizar: o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar tais como cobrança e fiscalização dos impostos, polícia, previdência social básica, Vigilância Sanitária, compra de serviços de saúde pelo Estado, controle do meio ambiente, emissão de passaportes, fomento à educação básica, etc. a propriedade só poderia ser estatal.

Por outro lado o setor onde o Estado atua simultaneamente com “organizações públicas não-estatais” e privadas a propriedade deveria ser não-estatal e as instituições desse setor não deveriam ser públicas, mesmo que os serviços prestados envolvam direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde. Esta transformação de propriedade pública para organizações privadas com ou sem fins lucrativos denominada “publicização” nada mais

é do que privatização dos serviços públicos. E por fim para o setor de “Produção de Bens e Serviços” a propriedade, necessariamente, deveria ser a privada.

No plano da retórica, a transparência da Administração Pública (AP) e o aumento da participação e do controle da sociedade sobre o Estado também estiveram presentes. Segundo Dasso Júnior (2006), o único obstáculo à reforma era o texto constitucional e na análise de Bresser Pereira democracia é sinônimo de voto universal, de eleições e a vitória de FHC nas eleições dava legitimidade para proceder na reformulação da Administração Pública. Daí o envio ao Congresso de proposta de Emenda Constitucional para atingir seus objetivos de reformar o Estado, pois não cogitavam fazer essa discussão através de mecanismos de participação popular.

Para Dasso Júnior, esse é o primeiro elemento do déficit democrático da reforma ultraliberal da Administração Pública que seria levado a cabo pelo governo Fernando Henrique Cardoso. A reforma da Administração Pública foi marcada por duas características fundamentais: a inspiração ultraliberal, reproduzida nos princípios da Nova Gestão Pública e aumento do “déficit democrático”, com a criação de novos entes, em especial as agências reguladoras com a ausência de participação cidadã na tomada de decisões. (DASSO JÚNIOR, 2006).

Para Bresser Pereira (1998) apud Oliveira (2009) a agenda de reformas da Administração Pública do Estado pretendia priorizar a área social principalmente o setor saúde, assim a reforma gerencial do SUS consubstanciada na Norma Operacional Básica 01/96 perseguiria a eficiência do modelo estratégico de administração do sistema britânico.

A Reforma do Estado implantada pelo governo Fernando Henrique Cardoso no período de 1995 a 2002, agregada à liberalização do comércio e o processo de privatizações iniciado no início dos anos 1990 (governo Collor), fundamentada numa matriz de cunho ultraliberal assentou-se em premissas da “Nova Gestão Pública – (NGP) denominação dada por (Luiz Carlos BRESSER PEREIRA, 1999, p.26 apud DASSO JÚNIOR, 2006). Nesse contexto, para enfrentamento da crise fiscal no cenário apresentado pelo PDRAE (1995) e a partir da “Nova Gestão Pública” e o modelo de Administração Gerencial, surgem as Agências Reguladoras (ANEEL, ANATEL, ANP, ANVISA, ANS, ANA, ANTT, ANTAQ) todas no governo FHC de 1995 a 2002 e (ANAC) em 2005 já no governo Lula.

Além disso, criaram-se as Organizações Sociais (OSs) (Lei Federal nº 9.637/98), para prestar os serviços chamados “atividades Não-Exclusivas” do Estado na área da Saúde e as Organizações da Sociedade de Interesse Público (OSCIP) (Lei Federal nº 9790/99) para atuar de forma mais ampla nas áreas: assistência social, cultural, saúde, segurança alimentar e nutricional, proteção e preservação do meio-ambiente, promoção do desenvolvimento sustentável, econômico e social, direitos humanos e outros, conformando a “publicização” ou terceirização dos serviços de responsabilidade do Estado para o chamado “Terceiro Setor” proporcionando um afastamento do Controle Social no desempenho dessas entidades o que foi tratado como uma questão de “déficit democrático” por Aragon Érico DASSO JÚNIOR (2006).

Conforme Oliveira, a 10ª Conferência Nacional de Saúde como instância do Controle Social caracterizou uma contestação ao Programa de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE. 1995) trazendo uma crítica no seu Relatório Final 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. 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).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 15 a 19 de dezembro do ano 2000 teve como tema central: “Efetivando o SUS - Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e entre os vários subtemas um específico sobre “Controle Social”. Essa conferência contou com a participação de 2.500 delegados que debateram em 180 grupos de trabalho as 296 proposições apresentadas nos 22 subtemas tratados (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p.9).

Em vista da conjuntura do novo modelo político, assim como ocorreu na 10ª Conferência os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde fizeram um balanço sobre o exercício do Controle Social e a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentando no Relatório Final um posicionamento consensuado que o SUS como política pública traz na sua essência institucional propostas claras de controle social, gestão

participativa, transparência administrativa e democratização. Conselhos de Saúde foram instituídos por quase todos os municípios do País o que garante a participação social da comunidade em direção à construção do fortalecimento sobre o que é público. Entretanto, afirmam que 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”. (BRASIL, 2000, p.20).

Também segundo o Relatório Final, ressaltam que houve um grande avanço no Controle Social do SUS nos últimos anos, resultado de mobilizações e lutas, contribuindo para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde. Ressalva, por outro lado, que os Conselhos de Saúde “carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo”. (BRASIL, 2000, p.44).

Diante do contexto explicitado no Relatório Final, o desafio do tema central: “Efetivando o SUS - Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” tornou-se de extrema relevância em função do impacto das políticas sociais e econômicas que o projeto globalizado e de caráter ultraliberal iniciadas no governo Collor e implantadas no governo FHC, transformando a saúde em mercadoria com reflexos negativos na qualidade de vida do povo brasileiro.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 07 a 11 de dezembro de 2003 com o tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, apresenta no VI Eixo temático “Controle Social e Gestão Participativa”. Essa conferência programada para 2004 foi antecipada em um ano na sua realização, por iniciativa do Ministro da Saúde Humberto Campos, homologada em decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou da revisão dos 15 anos do Sistema Único de Saúde e os rumos a serem seguidos a partir de agora num clima de confiança e de grande expectativa gerado pela eleição do presidente Lula e com a finalidade de produzir formulações ao Plano Nacional de Saúde do novo governo.

A coordenação geral da Conferência coube a Sergio Arouca, um dos mentores da 8ª CNS e da incorporação dos princípios do SUS na Constituição Brasileira e que vindo a falecer pouco antes do evento representou perda inestimável com repercussões dramáticas para o

processo em curso de organização. A realização de conferências em todos os Estados e em 3.650 municípios com a constatação da participação de 71% dos Delegados pela primeira vez de uma conferência nacional dá a conotação de que a 12ª CNS se constituiria num novo marco histórico do SUS. (BRASIL, 2004, p.15, 17)

Assim o Relatório Final, no detalhamento dos dez eixos temáticos abordados, é a expressão contundente do direito de cidadania; é a reafirmação das diretrizes constitucionais da universalidade, integralidade, descentralização e participação social em saúde; é o fortalecimento dos valores de solidariedade e justiça social, propagados a partir da 8ª Conferência. (BRASIL, 2004, p.16)

Todo esse processo foi bastante complexo. Primeiro, foi necessário fazer o levantamento do que já tinha sido aprovado ou o que era consenso, separando as propostas polêmicas. Para isso, foi criado um novo grupo de relatoria, tendo Alcindo Ferla como coordenador, que teve todo o cuidado de revisar e elaborar os destaques a serem enviados aos delegados. A proposta final foi enviada para o relator-geral da Conferência, Paulo Gadelha, e depois aprovado pelo plenário do CNS.

No Relatório Final é apresentado o eixo temático “Controle Social e Gestão Participativa” como uma retomada da Reforma Sanitária Brasileira tendo no controle social e na gestão participativa contribuições que identificam e reconhecem o usuário como cidadão com direitos e deveres, bem diferente da visão de meros consumidores/clientes de serviços de saúde. (BRASIL, 2004, p.101).

Segundo Misoczky (2003) apud Oliveira, 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.

O Relatório Final aponta que os Conselhos de Saúde têm avançado no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, mas sinaliza que ainda há grandes obstáculos a serem ultrapassados para qualificar esse instrumento de controle social, citando: a falta de exercício ao caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus segmentos representados; falta de cultura participativa e de transparência nas informações da gestão pública e condições precárias de infra estrutura para seu funcionamento.

Por fim, em última análise, o Relatório Final da 12ª CNS, segundo Oliveira (2009) evidencia a importância da formação e estruturação dos Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento do Controle Social no SUS, pela realização de seminários, palestras e capacitação permanente aos conselheiros representantes de seus segmentos e assegurada a paridade na sua composição de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília de 14 a 18 de novembro de 2007, foi precedida por 4.430 conferências municipais representando 77% dos 5.564 municípios brasileiros e conferências nos 27 estados, contando com 4.700 delegados, usuários, trabalhadores, gestores e observadores sendo organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP órgão do Ministério da Saúde trouxe como um de seus eixos temáticos “A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”. Coordenada pelo presidente do CNS, esta conferência tinha segundo o seu regimento, os seguintes objetivos:

- I) avaliar a situação da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90);
- II) definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social;
- III) definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS (CNS, 2007).

A temática em debate no Eixo III “Participação da Sociedade na efetivação do Direito Humano à Saúde” elencou no seu Relatório Final 78 propostas que apontam para o fortalecimento do Controle Social e pela primeira vez uma conferência é coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde. Esse é um fator de extrema relevância, pois representa uma conquista social sem precedentes e um início na consolidação democrática das relações entre o Governo, representado pelo Ministério da Saúde, e os Conselhos de Saúde de todo o país.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, nos termos do seu Regimento trouxe o tema central “Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” por meio do eixo:

“Acesso e Acolhimento com Qualidade – Um desafio para o SUS” considerando os seguintes itens:

- I. política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- II. participação da comunidade e controle social; e
- III. gestão do SUS, com ênfase no financiamento; pacto pela saúde, relação do público com o privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde.

Contou com a presença de 2.937 delegados indicados nas Conferências Estaduais e do Distrito Federal, número esse inferior aos 3.212 delegados estaduais/distrital previsto em Regulamento para consolidar as 15 diretrizes construídas das propostas e diretrizes elencadas nas etapas Estaduais/Distrito Federal que integra o Relatório Final. Cabe ressaltar que de acordo com o Regimento Interno da CNS, o Relatório das Etapas Municipais com 07 (sete) diretrizes contendo 10 (dez) propostas relacionadas com o eixo da CNS, foram debatidos nas Etapas Estaduais e do Distrito Federal onde se limitam, pois o Relatório das Etapas Estaduais e do Distrito Federal, poderá conter somente 5 (cinco) propostas encaminhadas à Etapa Nacional relacionadas as 07 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência.(MS, Portaria nº.935, 2011, art.13).

A Conferência apresenta propostas que reafirmam o SUS como Política de Saúde Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro a ser garantida com ações de melhoria do acesso e acolhimento em toda sua rede, considerando os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, buscando melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas. Aponta na segunda Diretriz entre seus 42 (quarenta e dois) itens, que o Controle Social sobre o Estado deve ser ampliado e consolidado, fortalecendo os Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos, reconhecendo esses na gestão participativa e na pactuação de compromissos e de políticas públicas de saúde, assegurando a fiscalização dos prestadores de serviços contratados/conveniados quanto à efetiva disponibilização dos procedimentos, medicamentos e insumos necessários ao tratamento de usuários beneficiários do SUS, com acesso irrestrito, nos termos da lei, a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo a Média e Alta Complexidade.

3.3. Conselhos e Conferências: A Construção da Constitucionalidade

A partir da nova ordem societária instituída pela Constituição Federal de 1988 tendo na união indissolúvel de Estados e Municípios e do Distrito Federal a República Federativa do Brasil constitui-se em “Estado Democrático do Direito” onde seu princípio fundamental está embasado na condição de que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. (Art.1º, § único). O texto constitucional “foi capaz de incorporar novos elementos culturais, surgidos na sociedade, na institucionalidade emergente, abrindo espaço para a prática da democracia participativa” (SANTOS; AVRITZER, 2002, p.65, apud SOUZA, 2012).

Na mesma linha a Saúde, é assegurada como um Direito Social (Art.6º) garantido mediante políticas sociais e econômicas para redução do risco de doenças e outros agravos com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF.88, Art.196). Para tanto, é criado um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (CF.88, art.198).

A Lei 8.080/90 regulamenta em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado e define que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo que a iniciativa privada poderá participar desse Sistema, em caráter complementar. A Lei reconhece de acordo com alteração dada pela Lei 12.466, de 2011, que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) são foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS tendo entre seus objetivos; decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde. Reconhece também o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como entidades representativas dos entes estaduais e

municipais para tratar de matérias referentes à saúde. Da mesma forma, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que estejam institucionalmente vinculados ao CONASEMS.

Define que o conjunto de serviços e ações desenvolvidos de acordo com as diretrizes constitucionais previstas no artigo 198 obedecerá ainda a um conjunto de princípios, dentre os quais, destaca-se a “participação da comunidade” que veio a ser verbalizada através da Conferência e Conselho de Saúde definidas pela Lei 8.142/90 como instâncias colegiadas em cada esfera de governo.

A Conferência de Saúde, definida segundo a Lei 8.142/90 como fórum de representação dos vários segmentos sociais, reunir-se-á a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis de governo correspondentes, e deverá ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por ela ou pelo Conselho de Saúde.

Ao Conselho de Saúde, órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários incumbe à atuação em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no nível correspondente de governo, inclusive no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A Lei 8.142/90 determina que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação assegurada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e que a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, define também que Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. Essa representação paritária nos Conselhos de Saúde fica explicitada na Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, quando define diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, garantindo que as vagas de conselheiros sejam distribuídas contemplando em 50% a participação de entidades de

usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Os recursos a serem repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Municípios, Estados e Distrito Federal, destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Para receberem tais recursos os Entes Federados deverão contar com Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatórios de gestão que permitam o controle pelo sistema de auditoria dar conformidade à aplicação dos recursos repassados pelo FNS; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. Determina ainda o instrumento legal que o não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, do acima estabelecido que os recursos sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

3.4. Questões Controversas: Paradoxos da Participação

É importante destacar que o objeto de estudo deste trabalho, qual seja, conhecer, identificar, analisar e compreender a “participação da comunidade” nos espaços institucionalizados das Conferências e nos Conselhos de Saúde considerado na perspectiva do Déficit Democrático, surge associado a sua iniciação na graduação do curso de Saúde Coletiva da UFRGS, à participação do pesquisador na pré-conferência à 6ª Conferência Municipal de Porto Alegre eleito como Delegado à 6ª Conferência Estadual do Rio Grande do Sul, onde se discutiram propostas e se elegeram diretrizes e delegados como etapa preparatória à 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2011 em Brasília.

Além disso, pretende-se compreender o significado do que é participar? Para que participar? Como participar? Quem são os atores? Como se dá a escolha dos participantes? Como avaliar as demandas de expressão coletiva municipal e regional?

Segundo Souza (2012) as Conferências são definidas como processos participativos que reúnem representantes do Estado e da Sociedade Civil para formulação de propostas para determinada política pública. O autor aponta um entendimento do governo Lula, expresso em página oficial na internet sobre esses mecanismos de participação onde cita que Conferências são espaços de discussão ampla, nas quais o Governo e a sociedade por meio de suas mais

diversas representações travam um diálogo de forma organizada, pública e transparente. Fazem parte de um modelo de gestão pública participativa que permite a construção de espaços de negociação, a construção de consensos, o compartilhamento de poder e a corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil.

Sobre cada tema ou área é promovido um debate social que resulta em um balanço e aponta novos rumos (GOVERNO FEDERAL, 2007).

As conferências nacionais se firmaram nos últimos anos como a principal política participativa do governo federal, mas Segundo Avritzer (2012) não está suficientemente claro se as pessoas que participam detêm as informações necessárias e se o processo de decisão permanece com forte influência do governo ou não? Da mesma forma é questionada se há efetividade na implantação das decisões tomadas e de que forma as Conferências estão ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil.

O que sempre está ressaltado sobre as conferências é a abertura ou o fortalecimento de diálogo entre o Estado e Sociedade Civil, como canal democrático de participação na configuração das políticas públicas. Segundo o relatório do Projeto Monitoramento Ativo da Participação da Sociedade (Mapas) – iniciativa da sociedade civil para monitorar ações de participação social do governo Lula – ficou constatado que “a expectativa de fortalecimento e de generalização da participação social não se cumpriu” (MAPAS, 2005, p.2).

Em relação aos Conselhos de Gestão de Políticas Públicas segundo Pedro Pontual (2008) estudos realizados pelo Observatório (2007) produzidos por Ana Cláudia Teixeira e Luciana Tatagiba (2007) sobre o papel e modo de atuação dos conselhos de Saúde, Criança e Adolescente, Assistência Social e Habitação na cidade de São Paulo entre 2004 e 2006, mostraram que o perfil do conselho se modifica de forma significativa em função do perfil dos conselheiros representantes do governo e da sociedade civil que compõe tal conselho e do grupo que exerce a hegemonia em determinados momentos o que leva a padrões diferenciados de disputa política com repercussões sobre a lógica de interação entre governo e sociedade, sobre o processo de formação da agenda do conselho e que traduzem níveis diferenciados de influência política do conselho sobre a respectiva política pública.

Para tanto Tatagiba e Teixeira (agosto 2007) apud Pontual, ao proporem como dimensão relevante de análise o desenho institucional e a trajetória política de cada conselho partem de uma definição geral sobre o que são os conselhos.

Os conselhos gestores são instituições participativas permanentes, definidas legalmente como parte da estrutura do Estado, cuja função é incidir sobre as políticas públicas em áreas específicas, produzindo decisões (que algumas vezes podem assumir a forma de norma estatal), e que contam em sua composição com a participação de representantes do Estado e da sociedade na condição de membros com igual direito à voz e voto. (p.62 e 63 caderno 29)

Nesse sentido, Pedro Pontual reforça o que Tatagiba e Teixeira (2007) apresentam como sendo a questão do projeto político e da estratégia dos atores uma importante variável na análise dos impactos produzidos sobre a prática dos conselhos quando ocorreram trocas no comando político dos governos, pois conforme as autoras, embora apresentem algumas resistências em compartilhar o poder, estudos demonstram que governos democrático/progressistas tendem a valorizar mais os conselhos do que governos que não tenham essa orientação política. Essa variável mostra a baixa autonomia por que perpassam os conselhos em relação ao Poder Executivo, pois, se o gestor não quiser, será muito difícil para o conselho se manter por conta própria.

Assim permanece o questionamento se os conselhos de políticas públicas e de direitos, em particular os conselhos municipais de saúde, são Instituições Participativas (IP) de intercedência na formulação e deliberação de políticas de governo ou ainda se apresentam como meros fóruns criados por indução legal para homologação de repasses de recursos federais?

Segundo Pontual, apesar do avanço que representaram os conselhos, no sentido da democratização e maior controle social das políticas públicas, essa experiência ainda padece da lógica clientelista histórica que marca a relação do Estado com o sistema político/partidário que sustenta a eleição dos representantes pelo voto universal. Mantêm-se antigos mecanismos de corrupção, fisiologismo e apropriações de recursos públicos pelos interesses privados com tal magnitude que as forças sociais que lutam pela sua alteração radical se tornam em algumas situações reféns e até partícipes dessas práticas do clientelismo e apropriação do bem público.

Essas colocações suscitaram ao autor desse estudo buscar elementos condicionantes a institucionalização dos Conselhos de Saúde e da Conferência de Saúde após ter sido vetado suas proposições no texto legal que originou a promulgação da Lei 8.080/90-Lei Orgânica da Saúde, sendo logo em seguida implantados pela Lei Ordinária Federal nº 8.142/90 transitada e aprovada em curtíssimo espaço de tempo no Congresso Nacional.

3.4.1. A Institucionalização da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde na Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90

Iniciada a redemocratização com a promulgação do novo marco constitucional em 1988 permanecem articulações do Movimento da Reforma Sanitária para implantação e concretização das conquistas nas áreas sociais e principalmente na questão do modelo de saúde universal, integral, descentralizado e com gestão participativa conforme preconizado no texto constitucional na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se fazia necessária sua regulamentação no campo jurídico institucional, pois as políticas de saúde no País continuavam nos moldes anteriores considerados a existência do INAMPS e a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) através do Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987, cujo objetivo pretendia contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde com base em diretrizes aprovadas pelo Presidente da República. (Art.1º, § único). De certa forma, havia uma acomodação do Poder Executivo em formular proposta para regulamentação do dispositivo constitucional para criação do SUS em especial as diretrizes definidas no artigo 198 e seus incisos, em particular as condições de “participação da comunidade”, objeto deste estudo.

3.4.2. Cronologia Institucional da Lei 8.080/90 E LEI 8.142/90: Condicionais da Conferência de Saúde e Conselhos de Saúde

Partindo de profunda análise documental através de publicações no Diário do Congresso Nacional identificamos que a primeira proposta de regulamentação constitucional do sistema de saúde, deu-se pelo Projeto de Lei 2.358/89 (PL.2.358/89) apresentado em 31 de maio de 1989 por iniciativa do legislativo através do Deputado Federal Roberto Jefferson (PTB/RJ). Este projeto propõe a instituição do Sistema Único Público de Saúde (SUPS) e que sua administração superior em cada esfera de governo, será executada por uma comissão normativa e deliberativa (Artigo 7º). Cria o Conselho Nacional de Saúde composto por 10 membros escolhidos entre médicos e agentes públicos de ilibada conduta, com atribuições com caráter consultivo.

Logo após, em 23 de junho de 1989 o deputado Waldeck Ornelas(PFL/BA) apresenta o PL nº 2878/89 que dispõe sobre a integração dos municípios, assegurando o que dispõe a CF 88 (Art.30, VII e Art.198). Este projeto foi de imediato anexado ao PL 2358/89 deixando de ser objeto da análise, pois versava sobre a questão federativa na saúde.

Ao que parece o tema entrou em pauta, pois em 27 de junho é apresentado o PL nº 3.100/89 de autoria do deputado Raimundo Bezerra (PMDB/CE) com formulações de maior robustez programática instituindo a Lei Orgânica da Saúde. Trazendo as disposições sobre a criação do SUS e instituindo as duas (2) instâncias de “participação da comunidade” com caráter deliberativo: A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.(art.8º). Cria comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, extingue o INAMPS, enfim propõe regulamentar o que dispôs a Constituição Federal de 1988 no capítulo II Seção II relativo a saúde.

Um fato interessante nessa proposição é a justificação apresentada (DCN,Seção 1,pg.5.618) onde fundamentalmente constrange o Governo no momento que afirma a sua não obediência ao Art.59, do Ato das Disposições Transitórias que determina:

“Os projetos de lei relativos à organização da seguridade social e aos planos de custeio e de benefício serão apresentados no prazo máximo de seis meses da promulgação da Constituição ao Congresso Nacional, que terá seis meses para apreciá-los”;

De tal sorte, passados dois meses e vinte e quatro dias da data limite, cinco de abril do corrente ano, para que o Executivo encaminhasse ao Congresso Nacional os projetos de lei da organização do setor saúde e da seguridade social resolveu àquele parlamentar encaminhar o PL nº 3.100/89 à apreciação e votação do Congresso Nacional, decorrente do não cumprimento de determinação constitucional com amparo ainda no art. 61 do texto permanente da Constituição de 1988.

Compelido por essa iniciativa o Presidente José Sarney, tido como sendo o governante que iniciou o processo de democratização e da abertura do regime militar ditatorial implantado em 1964, aproveita as bases de formulações apresentadas nos projetos de lei anteriores e encaminha ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.110/89 (PL.3.110/89) em 01 de Agosto de 1989 através da Mensagem nº 360, de 1989, com exposição de motivos nº 24/GM de 19 de julho de 1989 onde o Ministro da Saúde expõe que “a iniciativa, embora decorra de determinação constante do artigo 59 do ADCT, tem por escopo o endereçamento de medidas indispensáveis à reformulação do Sistema de Saúde do País, na esteira das

propostas (...) formuladas a partir do pensamento dominante entre as autoridades no assunto”. Nota-se nessa extensa exposição ter havido de fato constrangimento jurídico, pois o item oitavo reforça que tal encaminhamento não é apenas para cumprir uma exigência de Constituição, mas sim o objetivo precípuo de dar consequência prática aos postulados constitucional: a criação da Lei Orgânica da Saúde.

Na análise textual do PL nº 3.110/89 de autoria do Executivo como também na exposição de motivos verifica-se não existir nenhuma referência ao preceito constitucional da participação da comunidade nas diretrizes do SUS na forma temática de Conferência e de Conselhos de Saúde citando apenas que junto à direção do SUS, funcionarão órgãos de deliberação coletiva compostos paritariamente por representantes do governo e da sociedade (art.11), com funções de acompanhamento das ações de saúde através de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A próxima proposição elaborada pelo deputado Eduardo Moreira (PMDB/SC) é o PL nº 3.128/89 apresentado em 04 de Agosto de 1989 traz novamente a constituição do Sistema Único Público de Saúde (SUPS) define que em cada esfera de governo o Sistema funcionará através de órgãos de deliberação coletiva, compostos paritariamente pelo Poder Público e pela sociedade, constituídos sob a forma de comissões, define membros representantes nessas comissões que terão atribuições de planejamento, supervisão, coordenação e controle das ações de saúde bem como de distribuição dos recursos e assessoramento na elaboração e execução da política de saúde sendo que a duração de seus mandatos, remuneração, será regulada por Decreto do Poder Executivo. Ao Conselho Nacional de Saúde caberia atribuições consultivas.

O autor da proposta justifica que com este projeto será dado atendimento ao princípio de participação da comunidade, preconizado pelo artigo 10 e 194 da Constituição de 1988.

Por fim, temos o PL nº 3.424/89 apresentado em 23 de agosto pelo deputado Francisco Amaral (PMDB/SP) que propõe a regulamentação do artigo 200 da constituição e define o Sistema Nacional de Saúde conjugando disposições da organização e o funcionamento do SUDS, o sistema de saúde implantado antes da Constituição. Esses projetos de lei tramitaram nas comissões legislativas sendo que este último projeto foi anexado ao PL nº 3.128/89 assim como também o PL.2.878/89 foi anexado ao PL nº 2.358/89 e em novembro de 1989 por

requerimento do deputado Roberto Jefferson, todos os projetos com referência a matéria incluído o PL nº 3.100 tem anexação ao Projeto de Lei nº 3.110/89 originário no Executivo.

A partir de então o PL 3.110/89 tem tramitação nas comissões legislativas onde é apresentado um primeiro substitutivo, apensado de Projetos anteriores passando a ser conhecido como PL 3.110-A/89, mas ainda trazendo quanto à questão da participação da comunidade a redação original, ou seja, órgãos paritários com funções meramente consultivas e de acompanhamento das ações de saúde. (SUPLEMENTO AO Nº146, DCN 1). Depreende-se na análise de todas as propostas que foram apresentadas, somente o PL 3.100 fez referência à instituição de Conferência de Saúde e de Conselhos de Saúde como instâncias de deliberação coletiva da participação da comunidade, mesmo não definindo prazo para realização das conferências e da composição dos conselhos de saúde definindo que os mesmos fariam em regulamento próprio suas normas de organização e funcionamento. Assim, o Projeto de Lei nº 3.110-A/89 segue tramitando na Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social (CSPAS); Comissão de Finanças e Tributação (CFT) e Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Recebe emendas em cada uma delas tem sua redação final oferecida pelo Relator Deputado Nilson Gibson, aprovada como definitiva no denominado substitutivo PL. 3.110-E/89 em 20 de Junho de 1.990, sendo encaminhado ao Senado Federal para apreciação, ficando desta forma prejudicados os PL 3.128/89, PL 3.424/89, PL 2358/89, PL 2.878/89 e PL 3.10089 apensados. O Senado Federal comunica a aprovação, sem alterações e informa seu encaminhamento à Presidência da Republica em 29 de agosto para sancionamento.

Então depois de decorrido mais de ano em discussões e emendas na Câmara dos Deputados, é apresentado como substitutivo o PL nº 3.110-E, de 1989 com a Redação Final incluindo a decantada diretriz constitucional “participação da comunidade” na leitura do Artigo 11(onze) e seus parágrafos onde diz que o SUS contará em cada esfera de governo com duas instâncias colegiadas:

“I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde”.

E desta vez traz de acordo com seus parágrafos as seguintes definições: a Conferência de Saúde se reúne a cada 2 (dois) com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, sendo

convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde; o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, composto por governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários cuja representação será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, atua na formulação de estratégias e no controle de execução de política de saúde; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde; e As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em lei específica.

Em resumo, este Projeto de Lei 3.110-E/89 aprovado pelo Congresso Nacional se transforma na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990 sancionada em 20 de setembro, pelo Presidente da República Fernando Collor com vetos parciais conforme Mensagem nº 680 dirigida ao Senado Federal. Dentre os dispositivos vetados está o Art. 11 e seus parágrafos, decorrente de emenda parlamentar que incluiu as duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, em atendimento ao dispositivo constitucional que institui como diretriz do SUS, a participação da comunidade.

As razões do veto apresentadas é que essas instâncias criadas como órgãos da Administração Pública, no SUS, é prerrogativa de iniciativa privativa do Presidente da República não podendo ser decorrente de emenda parlamentar, e que de acordo com a Lei nº 8.028 de abril, de 1990 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) já compõe a estrutura básica do Ministério da Saúde, com atribuições coincidentes aos órgãos criados pelo artigo 11 (onze). (DIÁRIO OFICIAL, Seção I, pg.18068, 20 set 1990).

Em decorrência disso foi instituída uma comissão mista para analisar o veto parcial. Em abril de 1991 o relatório é apreciado em votação em turno único pelo plenário que decide por maioria manter o veto parcial da Lei 8.080/90

Pelo mal ou pelo bem, a decisão do veto parcial apostado na Lei 8.080/90 suscitou um movimento imediato em regulamentar a participação da comunidade preconizada no texto constitucional na medida em que isso era bandeira de luta do Movimento da Reforma Sanitária. Assim, percebemos na Mensagem nº 897, de 1990 do Presidente da República, Fernando Collor, juntada exposição de motivos nº 62/GM, de 11 de dez de 1990, do Ministro da Saúde, Alcení Guerra ao encaminhar ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 5.995/90 que dispõe sobre “a participação da comunidade na gestão do SUS” quando diz literalmente

que a versão desse anteprojeto resultou de discussões com vários segmentos envolvidos e que é prioritário para atender as ações e serviços de saúde no país em vista da nova ordem constitucional aprovada.

Surge dessa forma o PL 5.995/90 trazendo as questões vetadas na promulgação da Lei 8.080/90 numa redação de forma mais detalhada abordando a transferência de recursos no SUS e a Participação do Controle Social, inclusive com uma diferença no que diz respeito ao prazo para realizações da Conferência de Saúde que passa de 2 (dois) anos previstos no PL 3.110/89 que originou a Lei Orgânica da Saúde para realizações a cada 4 (quatro) anos nessa proposição, o que parece ser positivo pois realizar conferências de 2 em 2 anos, implicaria em tese na repetição do que estava anteriormente regulado, ou por questão de estruturação logística e burocrática, ou por conformações políticas pois um curto espaço de tempo dificultaria a implementação das diretrizes aprovadas.

Aprovado o regime de urgência para discussão e votação do Projeto de Lei nº 5.995/90 do Executivo, numa decisão das lideranças dos partidos o projeto entra em discussão, em turno único, pendente de pareceres das Comissões de Constituição e Justiça e de Redação; de Finanças e Tributação, e de Seguridade Social e Família cabendo a Presidência da Mesa designar deputados para proferir parecer em substituição àquelas. A manifestação dos deputados em substituição às comissões considerando que o projeto: atende a todos os requisitos legal, apresenta boa técnica legislativa, juridicidade e constitucionalidade; estabelece o repasse automático de recursos para Estados e Municípios baseado no critério populacional até que se defina o critério técnico previsto na Lei 8.080/90 e estabelece também a participação nos chamados Conselhos de Saúde, que serão paritários, é de parecer favorável, pois o projeto coincide com os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Aprovado em tramitação de 16 dias é transformado na Lei nº 8.142 de 28 Dez, 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 e dá outras providências”. (DOFC 31 12 90 PAG 25694 COL 01).

3.5 Conclusões do Capítulo Terceiro

Em face do que se tratou neste capítulo podemos concluir que nesse contexto, conforme Pedro Pontual criou-se situação paradoxal de convivência entre crescentes práticas de participação e controle social sobre o Estado e ao mesmo tempo a permanência das tradicionais práticas de corrupção nas relações institucionais do sistema político e partidário sedimentadas no tradicional dito popular do “toma lá e dá cá”.

Pedro Pontual sustenta que essa situação contextualizada tem levado a setores da sociedade civil e alguns segmentos dos partidos discutir da necessidade e urgência de reformas políticas no Brasil que venham regulamentar e criar mecanismos de exigibilidade de direitos em relação à institucionalização de diversos mecanismos de democracia participativa como são os conselhos, conferências e orçamentos participativos e de democracia direta, como é o caso dos plebiscitos, referendos e projetos de iniciativa popular pois, de um modo geral não há garantias de implementação das decisões deliberadas nessas instâncias.

Por fim, na compreensão que se tem dos encaminhamentos jurídicos e legislativos ocorridos na instituição legal da Lei Federal nº 8.142/90 e que foram didaticamente documentados nesse trabalho nota-se que a participação da comunidade como direito assegurado em princípio de diretriz constitucional na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) não figurava no texto original do PL.3.110/89 do Poder Executivo, bem como na maior parte dos textos substitutivos elaborados no Legislativo, talvez como hipótese a ser estudada isso seja determinante por esses órgãos ainda serem desconsideradas por gestores, e a sua importância democratizante carecer de fortalecimento e reconhecimento como instrumento denominador da participação efetiva da Sociedade nas instâncias colegiadas de cunho permanente e deliberativo: os Conselhos de Saúde e A Conferência de Saúde nos três níveis de governo.

4. ANÁLISE: Participação da Comunidade ou Mero Controle Social?

Está claro, considerando a literatura estudada que não havia participação da comunidade na formulação de políticas públicas de saúde bem como nos processos de discussão nas Conferências de Saúde, daí a importância do movimento sanitário que redesenhou a significação da participação democrática dos setores da sociedade civil organizada a partir da realização de conferências municipais e estaduais como etapas preparatórias quando da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Importa saber considerando o escopo das conferências de saúde e sua formatação paritária a partir da Lei 8.142/90 que institucionaliza os conselhos e conferências de saúde como instâncias deliberativas e de formulações de políticas públicas de saúde que o autor apresenta a partir de experiência vivenciada como Delegado indicado no segmento usuário na 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul realizadas em 2011 elementos condicionantes como variáveis de análise extraídas na condição de observador participante tendo como finalidade identificar as premissas que delimitam aos conferencistas seja uma resolutiva participação ou mero controle social no contexto estudado.

Sabemos que existem muitas implicações nesses processos que envolvem as conferências, pois a sociedade não é homogênea, e sendo assim com base na fundamentação teórica em Gramsci, o Controle Social não sendo do Estado ou da Sociedade Civil, mas sim das classes sociais e por isso é contraditório e desta forma pode ser de uma ou de outra classe em um determinado momento histórico. E assim o Estado é espaço de luta de classes pela disputa de poder. (CORREIA, 2005 apud OLIVEIRA, 2009). Nesse sentido, avaliar estes processos apenas com base na finalidade propositiva, em que deliberações são elaboradas e supostamente encaminhadas aos órgãos responsáveis, seria limitar a observação de efeitos decorrentes da participação social na gestão pública. (SOUZA, 2012).

Nesse sentido, analisa-se diretrizes, propostas e metas resultantes das pré-conferências com plenárias realizadas nas oito Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre, que apresenta em seu Relatório Consolidado as propostas e diretrizes mais votadas e aprovadas à 6ª Conferência Municipal de Saúde que desde já, passam a ser consideradas para o município de Porto Alegre, permitindo dessa maneira estudarmos as suas repercussões concernentes a

viabilidade da participação e do controle social na escala de ascendência ao nível de poder do cidadão em decidir sobre os resultados de uma política segundo modelo de participação apresentado por Sherry Arnstein apud Dasso Júnior, (2006) e que faremos adiante considerando as metas e diretrizes relacionadas ao Eixo 3 - Participação da Comunidade e Controle Social.

Nessa perspectiva, que apresentamos neste trabalho o conjunto de informações sobre a dinâmica das proposições e suas implicações ou não, nos Planos Municipal de Saúde de 2010-2013 e 2014-2017 do município de Porto Alegre, assim como registro em Atas do Conselho Municipal de Saúde que afirma terem participado da 6ª Conferência Municipal de Saúde, **440 usuários, 640 trabalhadores e 160 gestores**. (grifo meu). Destes participaram como delegados da 6ª Conferência: gestores, 111; em torno de 440 do segmento de trabalhadores e 250 do segmento usuários, segundo palavras textuais do Secretário Municipal de Saúde. (Ata do CMS n.15, 2011). Esse quantitativo de 1.240 participantes nos oito Distritos Sanitários da cidade, atesta uma dicotomia do controle social, representação simbólica da população eleitoral de mais de um milhão de eleitores em 2011 (TSE/RS).

4.1. Relato de Experiência nas Conferências de Saúde

Ao ingressar no curso de graduação em saúde coletiva da UFRGS no segundo semestre de 2010 começa em minha vida uma etapa instigada ao conhecimento das relações, conformações e determinações das políticas públicas no âmbito da saúde.

Iniciado o semestre do ano de 2011 começam novas propostas de aprimoramento dos conhecimentos acadêmicos e nesse momento ao ter contato com textos que apresentam e discutem embasamentos sobre a participação popular e controle social surge à oportunidade de confrontar a teoria e a prática, pois nesse ano está prevista a realização das conferências municipais e estaduais de saúde preparatórias a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Imbuído desse propósito busca-se saber como participar desses espaços, de que forma se darão as escolhas dos participantes, o que é preciso saber e fazer para se qualificar a ser um delegado nas conferências? Pois, uma vez que tendo pouco ou quase nenhum envolvimento, a interação com os movimentos que demandam nas discussões nesses fóruns torna-se de certa forma, oportunista essa participação.

Em busca de maior clareza nas informações para participar desse processo identifica-se que o município de Porto Alegre, através do Secretário Municipal de Saúde convoca através da Portaria nº 199/2011 publicada no Diário Oficial de Porto Alegre no dia 15 de março de 2011 todos os munícipes maiores de 16 (dezesesseis) anos a participarem da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, incluindo membros de associações, sindicatos, organizações não-governamentais, instituições públicas e privadas e de demais segmentos, a ser realizada nesta capital sendo promovida pela Secretaria Municipal de Saúde-SMS e pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS.

De acordo com o regimento da 6ª Conferência um de seus objetivos é fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da conferência. (Art.2º. item IV). O tema central da Conferência “*Todos Usam o SUS! Acesso e Acolhimento em Porto Alegre*”, tem seis eixos temáticos sendo que um deles é o que desencadeia o interesse desse trabalho; a “*Participação da Comunidade e Controle Social*” (art.3ª item III). Conforme o regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde, as etapas constituintes deverão ocorrer nas 8 (oito) Pré-Conferências abrangendo as respectivas regiões das Gerências Distritais de Saúde da cidade e que a participação pessoal nesse fórum é condição *sine qua no*, para participar da conferência municipal a fim de habilitar-se à condição de compor representação nos segmentos preconizados pela Lei 8.142/90. Note-se que a realização das Pré-Conferências não é obrigatória para os municípios conforme o Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde, mas esta foi a opção do município de Porto Alegre, para estimular, intensificar e ampliar a participação.

Para garantir a participação como Delegado na 6ª Conferência Municipal, os interessados devem ter, no mínimo, 75% de presença registrada nas Pré-Conferências e manifestar sua intenção no momento da retirada do certificado no seu encerramento, sendo limitado em 200 delegados municipais por Pré-Conferência, obedecendo ao critério da paridade de 100 usuários (50%), 50 trabalhadores (25%), 25 gestores e 25 prestadores de serviços (25%).

Realizado a primeira etapa participando na regional Leste/Nordeste-LENO em 14 de maio de 2011, um dia de intensos debates versando sobre a questão das proposições que seriam levadas à 6ª Conferência Municipal de Saúde temos a sensação de que os grupos representativos dos vários segmentos da participação do controle social cumpriram seus

objetivos, embora cada inscrito pudesse participar de apenas de 01 (um) grupo de trabalho, optando por até 02 (duas) preferências de eixos temáticos no início da Pré-Conferência, o que à priori, limita seu envolvimento na discussão dos temas, pois os mesmos acontecem simultaneamente. Nesse aspecto, garantido a frequência na Pré-Conferência parte-se para uma nova etapa, qual seja, compreender que a articulação participativa dos interessados está mais para tentar serem eleitos como representantes do que defenderem à priori o conjunto de propostas que atendam a elaboração de políticas de saúde para o município e que serão levadas à discussão para aprovação na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, pois, o número de delegados eleitos na etapa municipal para participar da etapa estadual será de 88 (oitenta e oito) conforme preconiza o Regimento da 6ª Conferência Estadual de Saúde do RS, mantendo-se a paridade e a votação por segmento.

Nesse clima de contingenciamento político participativo/representativo começa a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre tendo sua abertura no dia 30 de junho e tendo seu ápice no dia 02 de julho de 2011 quando os 88 (oitenta e oito) delegados escolhidos defenderão as propostas e as 07 (sete) diretrizes mais votadas na etapa municipal serão encaminhadas à 6ª Conferência Estadual de Saúde do RS. E aqui começa o dilema da participação ou da intenção interessada da participação nesse estágio mais importante da construção propositiva de políticas de saúde tanto a nível municipal como estadual e federal. Como um simples cidadão que tem pouco ou quase nenhum discernimento sobre a formatação das disputas de grupos de interesse faz para ser incluído nesse processo? Quais são as formulações propostas que aglutinam a conjugação de interesses de cada segmento? Uma vez que o total de delegados saídos das Pré-Conferências soma 1.237 inscritos sendo 448 representativo dos usuários; 605 dos trabalhadores; 159 dos Gestores e 25 dos Prestadores de Serviços conforme lista de inscritos definidas da participação nas Pré-Conferências.

Inicialmente pensei como será possível tornar-me um dos delegados representantes dos usuários uma vez que pelo número de 44 delegados determinados pelo Regimento da 6ª Conferência Estadual estava matematicamente claro que a disputa nos bastidores seria ferrenha pois essas escolhas deveriam considerar representação das 08 Gerências Distritais de Saúde o que daria em torno de 05 delegados por cada região. Como já tinha alguma experiência em articulações no movimento político sindical procurei participar de todos os momentos de discussões das escolhas para composição da chapa que representaria os usuários na etapa estadual. Mas o que fica claro nesse momento é que a participação passa a ser

limitada à compreensão que se tem do conjunto de decisões das combinações articuladas nos bastidores efervescentes na plenária de debates por cada segmento.

Visto que a formação da escolha desses delegados passa por uma conformação de articulação por dentro dos movimentos procurei identificar quais as premissas que definiriam a representação dos 05 membros de cada Gerência Distrital de Saúde e pude constatar que tínhamos somente 05 membros da LENO, inscritos como delegados na plenária da 6ª Conferência Municipal o que por si só garantiria a participação de nós todos na etapa estadual. Assim, tornei-me Delegado do município de Porto Alegre para apresentar e defender as diretrizes municipais escolhidas à 6ª Conferência Estadual de Saúde do RS. A participação nessa outra fase apresenta maior complexidade e maior limitação de participação, pois terá as representações de todos os municípios que realizaram conferências e que escolheram delegados, os quais comporão a delegação de 144 eleitos conforme Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde, respeitando a paridade nos termos do § 4º do Art. 1º da Lei 8142/90 e Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, garantido as representações das 19 (dezenove) regiões de saúde do estado, assegurada de acordo com o Anexo 2 do Regimento da 6ª Conferência Estadual a seguinte distribuição: 04 (quatro) delegados representantes do Conselho Estadual de Saúde; 76 (setenta e seis) delegados representando as 19 (dezenove) regiões de saúde do estado, sendo 4 (quatro) por região; 64 (sessenta e quatro) delegados representando as regiões de saúde pelo critério demográfico.

Considerando que todos os 496 (quatrocentos e noventa e seis) municípios do Estado enviassem delegados municipais à 6ª Conferência Estadual de Saúde teria um total de 1.922 (hum mil e novecentos e vinte e dois) participantes com direito a voz e voto para disputar e eleger os 144 (cento e quarenta e quatro) Delegados que comporão a representação do Estado na 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Nessa fórmula de representação participativa dos 04 (quatro) segmentos fica estipulado que a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde terá 24 (vinte e quatro) delegados no total. O município de Porto Alegre inserido nessa região de saúde apresenta o maior número de habitantes do conjunto dos outros municípios que compõem essa regional o que força uma combinação necessária junto às delegações presentes para que tenha no mínimo a metade dos delegados à 14ª Conferência, assim os 88 (oitenta e oito) Delegados dos segmentos disputarão

a escolha de 12 (doze) vagas, dessa forma o segmento dos Usuários terá que escolher 06 (seis) representantes.

Esse fator reducionista da participação redundava em disputas de como serão as escolhas, Quem serão os escolhidos? Que Movimentos Sociais representam? Ah! Não esquecendo que existe em Porto Alegre território indígena e por Lei Federal seus representantes querem a garantia de participar da Conferência Nacional o que somado à participação de um representante membro do Conselho Municipal de Saúde reduz a disputa dos usuários em somente 04 (quatro) indicações a compor a delegação estadual. Por evidência do contexto apresentado não integrei a Delegação Estadual e acabei participando da 14ª Conferência Nacional de Saúde como estudante integrado num projeto, denominado “Rádio Web Saúde”-RWS, de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Quanto às propostas e diretrizes elaboradas e votadas nas etapas municipais as discussões na 6ª Conferência Estadual de Saúde terão como base Relatório previamente enviado à Comissão Organizadora Estadual contendo até 06 (seis) diretrizes/estaduais relacionadas com o eixo da Conferência, sendo que cada diretriz poderá conter até 05 (cinco) propostas totalizando 30 (trinta) propostas. Da mesma forma, poderão conter 06 (seis) diretrizes nacionais, sendo que dessas 02(duas) para cada um dos temas relacionados com a 14ª Conferência Nacional que consolidadas após debates em grupos de trabalho composto por segmento farão parte do Relatório Final.

Finalizo esse relato de experiência vivenciado na 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do RS com a reflexão de que são necessárias alterações na metodologia tanto de formato como de representação/representatividade nesses espaços conquistados a duras lutas pelo movimento sanitário para que se avance e se concretize efetivamente a participação do Controle Social.

4.2 A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre

Convocada pelo Secretário Municipal de Saúde através da Portaria nº 199/2011 publicada no Diário Oficial de Porto Alegre no dia 15 de março de 2011 e segundo seu Regimento tem tema central “*Todos Usam o SUS! Acesso e Acolhimento em Porto Alegre*”, tendo seis eixos temáticos sendo que um deles é o que desencadeia o interesse desse trabalho; a “*Participação da Comunidade e Controle Social*” (art.3ª item III).

Ainda de acordo com o regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, um de seus objetivos é fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da conferência (Art.2º. item IV), e será etapa preparatória à 6ª Conferência Estadual de Saúde do RS e a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Importa saber que o regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde, define as etapas constituintes que deverão ocorrer nas oito Pré-Conferências abrangendo as respectivas regiões das Gerências Distritais de Saúde da cidade e que a participação pessoal nesse fórum é condição *sine qua non*, para participar da conferência municipal a fim de habilitar-se à condição de compor representação nos segmentos preconizados pela Lei 8.142/90. Note-se que a realização das Pré-Conferências não é obrigatória para os municípios conforme o Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde, mas esta foi a opção do município de Porto Alegre, para estimular, intensificar e ampliar a participação.

Segundo a Lei 8.142/90, a Conferência de Saúde, como fórum de representação dos vários segmentos sociais, reunir-se-á a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis de governo correspondentes incumbindo ao Conselho de Saúde, órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários atuando em caráter permanente e deliberativo, a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde no nível correspondente de governo, inclusive no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Antes de apresentarmos essa abordagem se faz mister uma investigação sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010-2013 em curso quando da realização da 6ª Conferência realizada em junho/julho de 2011 onde estão as políticas programáticas submetidas ao

Controle Social. Verifica-se já na introdução que devido a divergências quanto à aplicação de recursos e a outros posicionamentos dos gestores que atuaram na SMS até fevereiro de 2010, nos últimos cinco (05) anos as relações entre o CMS e a instância gestora desta SMS foram conflituosas, pois a forma de gerir o sistema municipal de saúde, executando ações não aprovadas e a não prestação de contas de forma satisfatória ao CMS, órgão fiscalizador e deliberativo do SUS, agravaram a situação na Secretaria Municipal de Saúde.

Ressalta-se que tal fato gerou a Ação Civil Pública n.001/1.09.0272836-2 tendo por objeto central o questionamento da participação do Conselho Municipal de saúde no processo decisório das políticas públicas de saúde de Porto Alegre. Em setembro de 2009, o Ministério Público Estadual manifesta-se em desfavor do município e há uma assinatura de acordo judicial fixando os limites entre a atuação do CMS e o Poder Executivo Municipal de Porto Alegre, merecendo destaque a transcrição dos itens 6 e 7 da avença:

“6 – Homologada a resolução emanada do Conselho Municipal de Saúde , deverá esta ser publicada em até 30 (trinta) dias a contar da sua homologação pelo Secretário Municipal de Saúde. Caso não o faça fica o Conselho autorizado a providenciar a publicação às expensas do Município. Eventual retardamento no cumprimento da resolução homologada, deverá ser devidamente fundamentada e justificada perante o Conselho Municipal de Saúde.

7 – O Município obriga-se a informar ao Conselho Municipal de Saúde, previamente, acerca de todos os projetos que venha a ser desenvolvidos e que envolvam uma possível posterior execução. Convênios e contratos que venham ser firmados em relação a execução da política de saúde deverão ser devidamente encaminhados em até 30 dias após a sua assinatura para o Conselho Municipal de Saúde.”

Nesse sentido, a SMS consulta à Procuradoria Geral do Município (PGM) a cerca das atribuições e dos limites deliberativos do CMS à luz dos preceitos da Lei Complementar n. 277/92 que o criou. Observa-se que o artigo terceiro da LC 277/92 foi revogado pela LC 661/2010 conforme relatório da PGM que assim se manifesta através do Parecer nº. 1165/2011;

“A Lei Complementar n. 661/2010 disciplina as finalidades dos conselhos municipais, suas competências, formas de composição, representatividades, mandatos, regimentos, fórum municipal dos conselhos da cidade, etc. Contudo , a par de todos esses regramentos, a LC 661/2010 resta silente quanto à necessidade de encaminhar as deliberações dos Conselhos ao Sr. Prefeito para apreciação do tema. Tal fato gera, a princípio, uma espécie de lacuna na legislação de regência e é justamente sobre essa suposta lacuna que reside a consulta ora em apreço”.

Em conclusão, o Relatório da PGM aponta para que inobstante a alteração do artigo 3º da Lei Complementar n. 277/92, não resta afastada a necessidade de submeter às proposições do Conselho Municipal de Saúde ao crivo do Sr. Prefeito Municipal e/ou do Sr. Secretário Municipal de Saúde.

Na mesma linha diz o Relatório que a diretriz constitucional de participação popular reclama que os órgãos envolvidos – Conselho e Poder Executivo – estabeleçam canais de comunicação harmônicos a fim de que possam chegar a soluções igualmente harmônicas e, neste sentido, não será necessário investigações outras acerca de quem ou qual órgão possui mais higidez jurídica em suas deliberações.

Isto posto, verifica-se ainda que após este período de turbulência conflituosa à gestão atual da SMS cabe reconhecer a importância do controle social e intensificar o apoio concreto a este por meio do PMS e também se dará pelo reconhecimento do CMS nas diretrizes e metas que primam pela sua participação efetiva e seu constante aperfeiçoamento. Nesse sentido, sugerido como parceria necessária entre a SMS e CMS para ampliação da gestão participativa no SUS municipal, seja a Conferência Municipal de Saúde orientada para esse princípio quanto à participação cidadã e as discussões e deliberações geradas contemplando os temas presentes no PMS, os que ficaram em aberto e que já foram discutidos nas últimas conferências municipais de saúde, e aqueles que sejam considerados indispensáveis por representar a situação de saúde e do SUS municipal. (PORTO ALEGRE, PMS 2010-2013).

Outro aspecto relevante para subsidiar a análise é algumas considerações do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2011 apreciado pelo CMS e Rejeitado conforme Ata n.12/12 de 24/05/2012 em Reunião do Plenário de 21/06/2012, onde encontramos elementos que indicam a não observância das relações aventadas tanto no sentido das propostas quanto das ações de saúde realizadas pela SMS. Segundo Relatório constante do Parecer Técnico n.14/12 exarado pela Secretaria Técnica (SETEC), apresentado em reunião do conselho onde no que tange ao Controle Social, relaciona-se: a SMS não fez constar no orçamento anual o valor destinado à execução financeira do CMS; ainda não ter providenciado instalações adequadas tanto ao CMS como aos Conselhos Distritais de Saúde (CDS); não ter constituído as assessorias necessárias ao exercício do controle social, quais sejam: de comunicação, jurídica e contábil. Como positivas as ações relacionadas com a Educação Permanente, o apoio na constituição de Conselhos Locais de Saúde (CLS) embora somente 43% dos serviços contam com CLS e a

realização da 6ª Conferência Municipal de Saúde que teve a participação de **440 usuários, 640 trabalhadores e 160 gestores**.(grifo meu). Participaram como delegados da 6ª Conferência: gestores, 111; em torno de 440 do segmento de trabalhadores e 250 do segmento usuários, segundo palavras textuais do Secretário Municipal de Saúde (Ata do CMS n.15, 2011).

Destaca-se que estas ações são ainda incipientes e insuficientes, aquém da proposta da política de humanização com ações transversais.

Importa considerar que a SMS não consegue ou não tem interesse em cumprir nem mesmo o acordado judicialmente em 2009. Ressalta o Relatório que o ano de 2011 foi marcado pelo explícito desrespeito ao Controle Social, na medida em que o Executivo envia à Câmara de Vereadores projeto de lei que cria o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), proposta rejeitada pelo Plenário do CMS.

Nesse sentido, importa enfim nos determos no objetivo desse estudo, qual seja, identificar elementos ou variáveis que denotam seja as diretrizes, propostas e metas aprovadas nas Pré-Conferências de Saúde preparatórias à 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, fórum potencial da participação social na formulação para implementação de políticas no Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2014-2017, em especial as diretrizes e propostas mais votadas em cada Pré-Conferência relacionadas ao Eixo 3 - Participação da Comunidade e Controle Social. Considerado na escada dos tipos de participação a compreensão de uma redistribuição de poder para que esse processo não redunde numa frustração como uma participação vazia ou a não participação. (ARNSTEIN, Sherry apud DASSO JÚNIOR, 2006).

4.2.1. Eixo 3 – Participação da Comunidade e Controle Social

Dentre as vinte e três resoluções aprovadas nas oito pré-conferências realizadas em 2011, no município de Porto Alegre, insta considerar uma relação de elementos como variáveis para termos uma compreensão na formulação de consecução das metas referenciadas.

Resoluções das Pré Conferências: Ação Programática

1. Garantir os direitos da população em situação de rua;
2. Ampliar o espaço de controle social para as populações em situação de vulnerabilidade social

Essas propostas podem ser enquadradas no tipo 1- Manipulação, um estilo comumente usado de não-participação, quando pessoas são convidadas em nome da participação cidadã, para participarem de grupos de discussão ou conselhos consultivos sem real poder de decisão.

3. Fortalecer o papel de fiscalização do controle social;
4. Instrumentalizar a comunidade para uma melhor fiscalização das ações realizadas em saúde
5. Informar a população sobre o que é o controle social
6. Criar estratégia de mobilização para participação no controle social.
7. Informar a população sobre a prestação dos serviços de saúde.

Estas propostas de informar os cidadãos de seus direitos e deveres pode ser considerada como o primeiro passo mais importante em direção à legítima participação cidadã, desde que não seja apenas mão única da informação por parte dos tomadores das decisões e que haja um canal de comunicação que permita ao cidadão um poder de negociação, caso contrário, quando a informação é divulgada apenas nos estágios finais do planejamento, não tendo as pessoas possibilidades de influenciar mudanças nos programas teremos uma classificação na escada apenas de nível 3 – Informação, o que representaria um grau de concessão mínima de poder. Na mesma direção as propostas devido as suas nuances de papel fiscalizador se enquadram no nível 3 – Informação, e dessa forma pode ser um primeiro passo à legítima participação do cidadão, mas para que isso ocorra é necessário construir um canal de comunicação onde haja um comprometimento da gestão em dar as informações para que realmente o controle social possa influenciar o programa anterior ao planejamento, caso isso não ocorra podemos classifica-la em nível de concessão mínima de poder.

8. Criar, garantir e fortalecer fóruns intersetoriais para propor políticas sociais públicas.
9. Promover a participação da comunidade no SUS

Estas propostas também podem ser um passo no sentido da participação cidadã, desde que estejam integradas com outras formas de participação, caso contrário, não havendo garantias de que as ideias dos cidadãos serão levadas em consideração podemos trata-las apenas no nível 4 - Consulta, e nesse sentido esse degrau da escada definiria que os cidadãos “participaram da participação” o que denotaria um grau de Níveis de concessão mínima de poder.

10. Implantar, implementar e fortalecer os Conselhos Locais em todos os serviços de saúde e os Conselhos Gestores nos hospitais públicos e privados.
11. Garantir a implantação e a viabilização dos Conselhos Locais/ Gestores/ Câmaras Técnicas em todos os serviços de saúde do Município
12. Implantar Conselhos Locais em toda a rede ambulatorial e Conselhos Gestores em todos os hospitais públicos, garantindo o que consta em lei.
13. Criar e fortalecer conselhos locais de saúde
14. Criar e fortalecer conselhos locais e distritais de saúde.
15. Criar, fortalecer e qualificar os conselhos de saúde
16. Fortalecer e ampliar os Conselhos de Saúde através da radicalização do controle social
17. Implantar e/ou incrementar instâncias de controle social junto ao serviço de saúde
18. Enfrentar o fenômeno da violência com a participação do controle social.
19. Fortalecer práticas de prevenção à doença e melhora das condições de vida nos espaços de controle social.
20. Desencadear ações de educação e saúde a partir dos serviços de saúde.

Esse conjunto de propostas poderia ser classificado na tipificação de nível 5 – Pacificação. É a partir deste nível que segundo a autora Sherry Arnstein os cidadãos passam a ter certa influência, mesmo que o acesso ao poder de decisão seja ainda limitado. Embora esteja no nível mínimo de poder esse degrau de pacificação depende fundamentalmente da qualidade da assessoria técnica independente que os subsidiem para definição das prioridades e também do grau de organização da comunidade em seu território e se as pessoas escolhidas

estão legitimadas pela comunidade, do contrário estarão aconselhando e planejando indefinidamente, garantindo a tradicional elite de poder o direito de decidir sobre a viabilidade das sugestões apresentadas.

21. Garantir que os recursos aprovados nos Planos de Investimentos sejam repassados ao Fundo Municipal de Saúde.
22. Respeitar e garantir as ações e deliberações do Controle Social.
23. Respeitar e garantir as ações e deliberações dos conselhos de saúde

Esse conjunto de propostas poderia ser classificado na tipificação de nível 6 – Parceria. Segundo a autora citada, neste degrau da escada há efetivamente uma redistribuição de poder através da negociação entre cidadãos e tomadores de decisão. Nesse nível, ambos os lados concordam em compartilhar o planejamento e as responsabilidades garantido os meios e condições estruturais para consecução dos objetivos pretendidos. Importa lembrar que o Relatório da Procuradoria Geral do Município proclama que a “a diretriz constitucional de participação popular reclama que Conselho e Poder Executivo estabeleçam canais de comunicação harmônicos a fim de que possam chegar a soluções igualmente harmônicas”.

Nesse sentido na orientação de apresentação inicial do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2010-2013 há um reconhecimento concreto da importância do Controle Social por meio do PMS que se dará pelo reconhecimento do CMS nas diretrizes e metas que primam pela participação efetiva e seu constante aperfeiçoamento pela aprovação de diretrizes e metas a serem debatidas na denominada 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Partindo dessas considerações podemos verificar no PMS 2014-2017 se as Resoluções originadas de aprovações dos segmentos de participação nas pré-conferências preparatórias à 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, constam como diretrizes e metas das ações consignadas naquele instrumento legal.

De início, constata-se que o Plano Municipal de Saúde sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas no quadriênio 2014-2017 seguiu o modelo do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 considerando quatro eixos programáticos: Condições de Saúde da População; Determinantes e Condicionantes de Saúde; Acesso e Serviços de Saúde e Gestão em Saúde. Iniciado a sua elaboração em novembro de 2012, através da formação de grupos por eixo, onde participaram diversas coordenações, trabalhadores da SMS e o Controle Social,

na construção de análise situacional da cidade, com o recorte por raça/cor/etnia, faixa etária, sexo e Distrito Sanitário de Saúde, na medida do possível. A contribuição dos grupos gerou textos que em janeiro e fevereiro de 2013, foram discutidos em seminários com ampla participação de gestores, trabalhadores, usuários, conselheiros e representantes das instituições de ensino nas oito Gerências Distritais de Saúde e baseado nesse processo e seguindo as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) o município de Porto Alegre optou pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde (APS), corroborando segundo os organizadores deliberações do CMS, finalizando o Plano Municipal de Saúde com seus objetivos, diretrizes, propostas e metas.

Na análise desses objetivos, verifica-se quanto à questão da Participação e Controle Social que manifestamente há o reconhecimento oficial de que os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados, cumprindo a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde é instância deliberativa no âmbito do planejamento, tem o papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, reafirma que deve ter garantida a estrutura e capacidade operacional adequada ao cumprimento de suas funções, assim como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS na esfera de governo de sua competência. Importa trazer que mesmo reconhecendo toda importância do órgão de representação cidadã, admite que “mesmo com a ampliação da rede descentralizada de Controle Social em Porto Alegre, apresentado em Relatórios de Gestão, destaca que ainda não há”:

- 1) Conselhos Locais de Saúde constituídos em todos os serviços da rede de APS;
- 2) Conselhos Locais de Saúde (CLS) constituídos nos serviços especializados e substitutivos (esclarece-se que a previsão regimental é de que se constitua um Conselho local em cada prédio, mesmo que ele agregue diferentes tipos de serviços);
- 3) CLS constituídos em todos os serviços de urgência (apenas o PALP tem CLS);
- 4) Câmaras técnicas ou Conselhos Gestores constituídos em todos os hospitais que atendem o SUS”. (PORTO ALEGRE, PMS 2014-2017.PG 319).

Por derradeiro, o contexto dessa tipologia dos oito degraus da escada ajuda a ilustrar a questão de fundo que não tem sido muito discutida, ou seja, a escada contrapõe cidadãos sem

poder com os poderosos demonstrando a existência de diferentes níveis de participação cidadã. Na verdade, cada grupo nessa esfera do controle social não constituem blocos homogêneos, pois é na sociedade civil que se processam articulações institucionais das ideologias e dos projetos classistas. Nesse contexto, conceber o Controle Social sendo uma representação da sociedade, sem o corte classista, como uma arena não contraditória, homogênea e articuladora de interesses indiferenciados só é correto do ponto de vista liberal e nessa visão “tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social” dessa sociedade (DIAS, 1996, p.114 apud CORREIA, 2009).

Na perspectiva apresentada além de não terem sido cumpridas os acordos propostos no PMS 2010-2013 não consta nenhuma das diretrizes aprovadas nas pré-conferências para o quadriênio 2014-2017 no que tange as que se referem a Participação e ao Controle Social, o que por si, denota uma confirmação da capacidade dos tomadores de decisões em dar importância subjetiva às deliberações emanadas da participação cidadã, configurando uma tênue linha do espectro da concepção do déficit democrático.

4.3. Conclusão do Capítulo Quarto

Em conclusão, ressalta-se que para eliminar-se a perspectiva do déficit democrático tratado nesse estudo, há necessidade de alteração da formatação regimental das Conferências Municipais de Saúde, baseado na experiência vivenciada pelo autor que inibe a participação ativa do cidadão muito em função das limitações de representação/representatividade, mas mais em função desse processo não apresentar proposições deliberativas que deveriam compor os Planos de Saúde cuja postulação está presente em vasta literatura sobre a temática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, considerando os estudos da literatura apresentada resta evidente que, nos períodos anteriores à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, não havia participação da comunidade na formulação de políticas públicas no âmbito da saúde e muito menos nos processos que conformavam as discussões nas Conferências de Saúde que tinham caráter estritamente técnico.

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve importância histórica, pois abriu um amplo processo de discussão nacional sobre os rumos da reforma do sistema de saúde, pela democratização das políticas públicas e pela afirmação do direito à saúde, trazendo uma concepção bem clara da participação popular como uma das condições de garantia pelo Estado do direito à saúde com abrangência universal, equânime e integral a toda população.

A 8ª Conferência também explicita as diretrizes para reorganização do Sistema e detalha princípios que deveriam orientar a organização e operação do novo Sistema de Saúde, estabelecendo responsabilidades da União, Estados e Municípios na gestão do Sistema de Saúde, e que viriam integrar na sua essência o texto da Constituição Federal de 1988 no âmbito dos direitos sociais e da representação da participação da comunidade.

A partir da Lei 8.142/90, que institucionalizou os Conselhos de Saúde como instâncias permanentes e deliberativas e as Conferências de Saúde como instâncias propositivas de políticas públicas de saúde, buscou-se identificar as premissas que delimitam aos conferencistas uma participação resolutiva ou uma mera ação de controle social, em cujas resoluções ensejariam a perspectiva de déficit democrático, objetivo de investigação desse estudo.

Assim, segundo a mencionada Lei, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento reguladas por regimento próprio. Os Conselhos de Saúde, órgão colegiado composto por representantes: do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, garantido a este segmento uma composição paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos; atua em caráter permanente e deliberativo na formulação e no controle da execução da política de saúde em cada esfera do

governo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e serão suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído na instância correspondente.

Por outro lado, as Conferências de Saúde aparecem na disposição da referida lei como espaços de participação da representação dos vários segmentos sociais, devendo reunir-se a cada quatro anos para propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis de governo correspondente. Ressalta-se que na promulgação da Lei Orgânica da Saúde o artigo que tratava do controle social foi vetado e o prazo estipulado para realização das Conferências de Saúde constava sendo de dois anos conforme a última versão do Projeto de Lei 3.110-E/89 que originou o texto final da Lei 8.080/90.

As Conferências são processos participativos que reúnem representantes do Estado e da Sociedade Civil para formulação de propostas para determinada política pública. (SOUZA, 2012).

A criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal às esferas estaduais e municipais para atender o processo de descentralização da política de saúde (CORREIA, 2005 p.127 apud OLIVEIRA, 2009). Contudo, esse condicionante fez com que fossem criados Conselhos de Saúde praticamente na totalidade dos municípios brasileiros, o que embora seja considerado um avanço na construção da democracia, nem sempre reflete melhorias concernente ao Controle Social, visto que no Relatório Final das 9^a, 10^a e 11^a Conferências realizadas pós Lei 8.142/90 ressaltam necessidades de fortalecimento do Controle Social devendo os gestores do SUS garantirem as condições de infraestrutura, espaço físico adequado, recursos orçamentários, apoio administrativo e assessoramento técnico, necessários para o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Esses elementos mostram a baixa autonomia por que perpassam os Conselhos em relação ao Poder Gestor, e aparece claramente na análise elaborada neste trabalho em relação à 6^a Conferência Municipal de Saúde relativo às considerações emitidas no Capítulo 4 deste trabalho, evidenciando que sem essa autonomia e o gestor não atendendo as demandas, dificilmente o conselho poderá funcionar em prol da coletividade. Segundo Pontual (2008), apesar do avanço que representaram os conselhos, no sentido da democratização e maior controle social das políticas públicas, essa experiência ainda padece da lógica clientelista histórica que marca a relação do Estado com o sistema político/partidário que sustenta a

eleição dos representantes pelo voto universal. Nessa perspectiva, apontamos nesse trabalho as investidas do projeto de matriz ideológica neoliberal, que iniciado na década de 1990 no governo Collor tendo sua implementação consolidada no governo FHC com o Plano de Reforma do Aparelho do Estado em 1995, onde através de um modelo gerencial da Administração Pública sinalizava uma ampliação do poder de participação e do controle da sociedade sobre o Estado, no entanto, sem discutir seus objetivos de reformar através de mecanismos de participação popular, o que para Dasso Júnior (2006) caracterizou o primeiro elemento do déficit democrático da reforma ultraliberal da Administração Pública.

Além disso, a criação de novos entes, através da Lei Federal nº 9.637/98, as Organizações Sociais (OSs), para prestar os serviços chamados “atividades Não-Exclusivas” do Estado na área da Saúde e da Lei Federal nº 9.790/99, as Organizações da Sociedade de Interesse Público (OSCIP), para atuar de forma mais ampla nas áreas: assistência social, cultural, saúde, segurança alimentar e nutricional, proteção e preservação do meio-ambiente, promoção do desenvolvimento sustentável, econômico e social, direitos humanos e outros, em especial as agências reguladoras com a ausência de participação cidadã na tomada de decisões gera um aumento do “déficit democrático” (DASSO JÚNIOR, 2006).

Nessa conjuntura do projeto neoliberal os direitos sociais foram ameaçados e a participação social ignorada por isso se tornou pauta das Conferências culminando com a Carta à Sociedade Brasileira para garantir as conquistas do SUS.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde antecipada em um ano na sua realização por iniciativa do Ministro da Saúde e homologada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde aconteceu num clima de expectativa gerado pela eleição do governo Lula com a pretensão de avaliar os 15 anos de existência do SUS e de produzir formulações ao Plano de Saúde do novo governo. No Relatório Final é apresentado o eixo temático “Controle Social e Gestão Participativa” como uma retomada da Reforma Sanitária Brasileira tendo no controle social e na gestão participativa contribuições que identificam e reconhecem o usuário como cidadão com direitos e deveres, bem diferente da visão de meros consumidores/clientes de serviços de saúde. (BRASIL, 2004, p.101).

Sinaliza que há grandes obstáculos a serem ultrapassados para qualificação do controle social, citando: a falta de exercício ao caráter deliberativo na maioria dos municípios e estados; a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com

seus segmentos representados; falta de cultura participativa e de transparência nas informações da gestão pública e condições precárias de infra estrutura para seu funcionamento. As 13ª e 14ª Conferências reafirmam a necessidade de fortalecer os Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos, reconhecendo esses na gestão participativa e na pactuação de compromissos e de políticas públicas de saúde, assegurando a fiscalização dos prestadores de serviços contratados/conveniados e a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde do SUS.

Ao longo da trajetória histórica, as Conferências trazem no seu interior os fundamentos de fortalecimento da representação da participação dos setores interessados. (Côrtes, 2002).

Nessa perspectiva, importa compreender a grande utilização das conferências em nível nacional pelo governo Lula a contar de 2003, ampliando a participação da população na formulação de políticas públicas num “vasto processo de democracia participativa”. (SGPR, 2006, p.3 apud SOUZA, 2012).

Souza (2012) destaca que 74 conferências nacionais foram realizadas entre 2003 e 2010 segundo dados obtidos com a Secretaria Geral da Presidência da República (SGPR) promovidas pelos respectivos órgãos responsáveis do que se depreende que aparentemente, “a aposta na institucionalização e sustentabilidade de um sistema de participação de tal envergadura representa um esforço inédito na história do país” (MARICATO; SANTOS JÚNIOR, 2006, p. 28).

Nesse contexto Avritzer (2012) posiciona que as conferências nacionais se firmaram nos últimos anos como a principal política participativa do governo federal, mas não está suficientemente claro se as pessoas que participam detêm as informações necessárias e se o processo de decisão permanece com forte influência do governo ou não? Da mesma forma é questionada se há efetividade na implantação das decisões tomadas e de que forma as Conferências estão ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Segundo o relatório do Projeto Monitoramento Ativo da Participação da Sociedade (Mapas) – iniciativa da sociedade civil para monitorar ações de participação social do governo Lula – ficou constatado que “a expectativa de fortalecimento e de generalização da participação social não se cumpriu” (MAPAS, 2005, p.2).

Por fim, considerando o conjunto de informações apontadas nesse estudo sobre as resoluções aprovadas nas conferências nacionais em especial no que concerne à participação da sociedade e inferindo que decorridos mais de 20 anos da vigência da Lei 8.142/90 que instituiu conselhos e conferências de saúde como instâncias que deliberam e propõem políticas públicas tem-se que com fundamento na análise processada em cima do Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre percebe-se uma perspectiva de afastamento da população em vista da não resolutividade das propostas, pois houve baixo comparecimento em relação a população do município.

Importa, enfim nos determos no objetivo desse estudo, qual seja apresentar elementos ou variáveis que possibilitem concluir segundo a tipologia na escada dos tipos de participação segundo Sherry Arnstein que Conferências de Saúde estão no degrau 4 – Consulta, o que induz a níveis de concessão mínima de poder. Por outro lado, com fundamento no contexto explicitados nos Relatórios Finais das Conferências e também nos registros municipais anteriormente citados, podemos concluir que os Conselhos de Saúde situam-se num degrau acima, o degrau 5 – Pacificação, nível de concessão mínima de poder.

Para que de fato haja concessão de poder e, segundo a autora, esse processo não redunde numa frustração como uma participação vazia ou a não participação o que por si só caracterizaria o déficit democrático, é necessário avançar em direção aos degraus superiores da escada onde temos no nível 6 - Parceria, indica um poder de negociação de igual para igual com àqueles que hegemonicamente detêm o poder e por fim, nos níveis 7 - Delegação de poder e 8 - Controle Cidadão, quando aqueles que habitualmente estiveram excluídos dos processos detêm a maioria nos fóruns de tomada de decisão ou mesmo o completo poder gerencial.

Finalizo com o entendimento de que Conferências e Conselhos de Saúde, convivem na perspectiva de Déficit Democrático e que apesar dos avanços encontrados na literatura sobre a gestão participativa, esta será alcançada quando as forças sociais e populares realmente forem deliberativas nesses processos, e seu empoderamento se der, seja por meio da educação permanente em saúde, seja pela capacitação dos cidadãos ou dos gestores públicos, mas muito por conta de políticas de governo que almejem efetivar a Integralidade, a Equidade, a Universalidade com Humanização em toda a Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde e isso não se fará somente pelo instrumento democrático do voto eleitor, mas fundamentalmente

por meio de instrumentos locais de participação ativa do cidadão não só nos conselhos de saúde e conferências temáticas mas unificando demandas específicas de cada segmento fortalecendo e capacitando o Controle Social e a participação popular no acompanhamento, planejamento e execução das políticas públicas numa Gestão Democrática.

6 REFERÊNCIAS

Ata de Avaliação no CMS da 6ª Conferência Municipal. Disponível em:
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_15_\(07.07.11\).pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_15_(07.07.11).pdf)
Acesso em junho.2014

ARNSTEIN, Sherry. **Uma escada da participação cidadã**. Disponível em:
<http://www.abdl.org.br/filemanager/fileview/607/>. Acesso em: 22 mai. 2010.

AVRITZER, Leonardo. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Texto 1739 Cadernos IPEA, Rio de Janeiro, 2012
Disponível em http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1739.pdf
<http://www.ipea.gov.br/participacao/estudos-do-ipea/conferencias2>
acesso em 13/10/13

BENEVIDES, Maria Victória de Mesquita. **A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular**. Ed. Ática S.A., 1996

BRASIL, Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. **PL 3.128/89 Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD05AGO1989.pdf#page=149>
Acesso em: 08 de maio de 2014

_____, Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. **PL 2.358/89 Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD23MAI1989.pdf#page=31>
Acesso em: 09 de maio de 2014

_____, Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. **PL 3.100/89 Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD28JUN1989.pdf#page=103>

Acesso em: 10 de maio de 2014

_____, Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. **PL 3.110/89 Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=209729>

Acesso em: 13 de maio de 2014

_____, Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. **RDF 1 CCJC. PL 3.110-E/89 Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=322073>

Acesso em: 13 de maio de 2014

_____, Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. **PL 5.995/90 Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do SUS**. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=229624>

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1990.pdf#page=18>

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD14DEZ1990.pdf#page=112>

Acesso em: 14 de maio de 2014

_____, Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada. **Lei 8.142/90 Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do SUS**. Disponível em:

[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html)

[publicacaooriginal-1-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html)

Acesso em: 15 de maio de 2014

BRASIL, Câmara dos Deputados. Diário do Congresso Nacional. Seção 1. **PL 5.995/90**.

Disponível em:

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1990.pdf#page=18>

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD14DEZ1990.pdf#page=112>

Acesso em: maio de 2014

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.100 p. (CONASS Documenta; 18)

BRASIL. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.– Brasília : CONASS, 2011.291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

BRASIL, Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde, 1941.

BRASIL, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

BRASIL, Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, 1992.

BRASIL, Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL, Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000.

BRASIL, Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL, Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2008

_____, Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em :

<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>

Acesso em mar.2014

BRASIL. Congresso. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS).Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências,** Brasília, 1990.Disponível em :

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm>. Acesso em: 03 mar. 2014.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências,**

[on-line], Brasília, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **A prática do controle social e os conselhos de saúde em 14 reflexões**. 2000. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.208 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde . **Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde**. 2003.

Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf
acesso em mar.2014

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A reforma do aparelho do Estado e as mudanças constitucionais: síntese e respostas a dúvidas mais comuns**. Brasília, 1997. (MARE; n. 6).

BRASIL Ministério da Saúde; Portaria nº 935, de 27 de abril de 2011

Aprova o Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 88, 2006.

BRESSER PEREIRA, LUIZ CARLOS (1998). A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Lua Nova, **Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n.45, 1998.

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, Silvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Participação e controle social em saúde: recapitulando ideias e práticas**. In: CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CAUBET, apud DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. **Reforma do Estado com participação cidadã? Déficit democrático das Agências Reguladoras brasileiras**. Florianópolis: UFSC, 2006.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa; BRAVO, Maria Inês Souza; Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.* n° 109 São Paulo Jan./Mar. 2012

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. *In: Textos*

_____. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento**. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Desafios para do Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORTES, Soraya Maria Vargas. **Conselhos Municipais de Saúde: Avaliações Otimistas e Pessimistas**. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1998.

_____. **Céticos e esperançosos:** perspectivas da literatura sobre participação e governança. Porto Alegre, janeiro de 2005 (mimeo)

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, 2002.

DASSO JUNIOR, Aragon Érico. **A participação como elemento central para um novo modelo de gestão pública.** IX Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2004

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. **Reforma do Estado com participação cidadã? Déficit democrático das Agências Reguladoras brasileiras.** Florianópolis: UFSC, 2006.

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. **O princípio constitucional da participação cidadã.** Porto Alegre: UniRitter, 2010.

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.

SCOREL, S.; BLOCH, R.A. **As conferências nacionais e saúde na construção do SUS.**In: LIMA, N. T. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa..** 4.ed.São Paulo: Atlas, 2007 In: Tatiana Engel Gerhardt et al.(Org.). Métodos de pesquisa. Editora da UFRGS, 2009

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais, paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

LABRA, E. **Conselho de Saúde: dilemas, avanços e desafios**. In: LIMA et al. (Org). Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MAPAS. **A experiência do Projeto Mapas de monitoramento político de iniciativas de participação do governo Lula**. Rio de Janeiro: Ibase, 2005. [online] Disponível em: <[http:// www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/outros-mapas-monitoramento-ativo-da-part.- soc.pdf](http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/outros-mapas-monitoramento-ativo-da-part.-soc.pdf)> Acesso em: 14 mar. 2014.

MARMOR, apud CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre , n. 7, jun. 2002 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em 19 dez. 2013

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MARICATO, E.; SANTOS JÚNIOR, O. A. Uma política urbana participativa. **Teoria e Debate**, n. 66, abr./maio/jun. 2006.

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

OLIVEIRA, Iranir de: **O Controle Social nas Conferências Nacionais de Saúde: Concepções, Avanços e Limites**. 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Alagoas-UFAL, Alagoas, 2009

PONTUAL, Pedro: **Desafios à construção da democracia participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas**. Coleção Cadernos da CIDADE, Nº.

14, volume 12, novembro 2008

Regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre

Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cmsaude/>>

Acesso em jun.2014

Relatório Anual de Gestão 2011 CMS/POA. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=46

Disponível em:

[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_12_\(24.05.2012\).pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_12_(24.05.2012).pdf)

Acesso em 20 junho.2014

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan./mar. 1997.

ROCHA, Maria Elizabeth G. Teixeira. Plebiscito e referendo: instrumentos da democracia direta: uma reflexão jurídica sobre a teoria e prática de sua utilização. **NOMOS. Revista do Curso de Mestrado em Direito da UFCE**. v. 1 – 1979 – Fortaleza, Universidade Federal do Ceará. Semestral. Disponível em :

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_74/artigos/MariaElizabeth_rev74.htm

Acesso em 26 mai, 2014

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, jan./fev. 2001.

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo, 24^ª edição, 2004 op. cit., p. 122

SOUZA, C. H. L. de. Partilha de poder decisório em processos participativos nacionais. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10482/5718> Acessado em Mar.2014

SOUZA, C. H. L. A que Vieram as Conferências Nacionais? Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010. Texto 1718 **Cadernos IPEA**, Rio de Janeiro, 2012.

TATAGIBA, LUCIANA E TEIXEIRA, ANA CLAUDIA CHAVES. O papel do CMS na Política de Saúde em São Paulo. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2007b. (Cadernos do Observatório, 29).

TSE. Eleitor. Estatísticas de eleitorado. Quantidade de eleitores por município.

Disponível em:

<http://www.tse.jus.br/eleitor/estatisticas-de-eleitorado/consulta-quantitativo> .

Acesso em jun/2014