

# Participação social na saúde: limites e possibilidades de controle social em tempo de reforma do Estado

Iumara Antunes Moreira<sup>1</sup>  
Andréa Valente Heidrich<sup>2</sup>

**Resumo:** Este trabalho objetiva contextualizar a participação social em saúde no Brasil a partir da década de 1980, especialmente com o Movimento pela Reforma Sanitária. Analisa-se o conceito de controle social, como controle da população sobre ações públicas de saúde e a necessidade de efetivar esta participação como forma de garantir o direito à saúde. Discute-se, brevemente, qual política de saúde pode ser efetivada como resultado da disputa entre o público e o privado a partir das mudanças ocorridas 1990, com a chamada Reforma do Estado. Por fim, evidencia-se a participação nos conselhos de saúde como espaço importante de resistência à privatização da saúde.

**Palavras-chave:** participação. Controle social. Conselho de Saúde. Política de Saúde

## Introdução

A temática do controle social na política de saúde é presente no debate acadêmico e nas organizações de usuários e profissionais. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a discussão ganha evidência, já que a participação popular na discussão e decisão dos processos relacionados às políticas sociais, ganha evidência no texto constitucional. Entretanto, transformações na organização do Estado e da economia em nível mundial têm demandado problemas e limites no efetivo exercício de participação social nas políticas sociais.

Este artigo aborda essa discussão, apresentando a reflexão de autores e pesquisadores da área sobre a temática. Para tanto, aborda a trajetória da participação social na área da saúde e seu desenvolvimento na história da constituição da política pública de saúde, o movimento de reforma sanitária e a luta pela democratização da saúde e a Reforma do Estado como um retrocesso no acesso à saúde. Por fim, aponta os conselhos de saúde como espaços de legitimação e exercício efetivo de controle social da população sobre as ações do Estado.

## 1 Participação e controle social na saúde

A expressão controle social tem sido usada por vários segmentos da sociedade – movimentos populares e sindicais, partidos políticos, organizações não-governamentais, gestores das três esferas de governo, estudiosos e pesquisadores da área social – com sentidos diferentes, conforme a concepção de Estado e sociedade civil adotada e a interpretação da relação entre essas esferas (CORREIA, 2005, p. 47).

Para este trabalho usamos a concepção de controle social instituída na Constituição de 1988, e normatizada através da Lei nº. 8142/90 que legitimou a participação da sociedade civil no controle social da política de saúde através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Como aponta Correia:

A participação social nessas políticas foi concebida na perspectiva do controle social exercido pelos setores organizados na sociedade desde as suas formulações – planos, programas e projetos -, o acompanhamento de sua execução, até a definição de alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada pelas conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política específica nas três esferas de governo, e pelos conselhos gestores, que são instâncias colegiadas de caráter deliberativo com composição

<sup>1</sup> Assistente social. Mestre em Política Social/UCPEL. Email:iumaram@bol.com.br.

<sup>2</sup> Doutora em Serviço Social. Professora do Curso de Serviço Social e do Mestrado em Política Social da UCPel. Endereço: Rua Félix da Cunha 412. Pelotas. email: hendrich\_andrea@hotmail.com

paritária, entre os representantes dos segmentos dos usuários e os demais segmentos (CORREIA, 2005, p.63).

Para se chegar nestas instâncias de participação, foi necessário muita luta da sociedade brasileira organizada em vários setores.

Segundo Cortes (2009), até a década de 1970, existiam mecanismos de participação institucionalizados, e estes eram unicamente na área previdenciária.

Podemos considerar como as primeiras formas de participação dos trabalhadores nas decisões das empresas, as que ocorreram através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), nas quais havia eleição para o representante dos trabalhadores contribuintes. Depois com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), se tinha participação, mas estas já careciam, no entanto, de autonomia em relação ao Estado, o governo já interferia na escolha dos representantes dos trabalhadores (CORTES, 2009).

Com o regime militar a partir de 1964, houve centralização do poder, e adota-se um padrão autoritário de administração pública, no qual o planejamento e a gestão eram baseados em decisões técnicas. Além disso, houve impedimento dos canais abertos de manifestarem-se, fechando todos os mecanismos de participação dos trabalhadores em órgãos decisórios e consultivos da previdência (CORTES, 2009).

A partir de 1974, a sociedade brasileira passou por transformações entre Estado e sociedade, baseadas por críticas ao regime militar, sobretudo na área social, pois a sociedade cobrava do Estado a dívida social acumulada durante o período militar que era de repressão da voz da sociedade. O então presidente militar, empossado em 1974, General Ernesto Geisel, começou uma lenta e gradual abertura política com um novo “discurso social”, unido ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (PAIM, 2008, p. 69). Segundo Cortes (2009) este plano defendia a implementação de novas estratégias de planejamento social, mas as ações mais inovadoras foram aquelas que visaram estender o acesso a serviços de saúde as populações excluídas deste serviço.

Conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005)

A estratégia do governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento a saúde das populações mais carentes (2005, p.67).

É neste contexto de abertura dos governos militares, que, em 1980, realiza-se a VII Conferência Nacional de Saúde. Segundo Paim (2008), esta vem com um “discurso democrático” por parte do governo o qual enfatiza a atenção primária de saúde e apresenta o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), apelando para “participação popular” e prometendo o resgate da “dívida social” com o povo brasileiro. Mesmo que este programa não tenha saído do papel, foi um avanço do Ministério da Saúde, por ter pensado pela primeira vez na atenção básica de saúde para a população.

Como aponta Cortes (2009), em 1984 é criado a Programa das Ações Integradas de Saúde, as quais faziam parte da estratégia do regime militar para reduzir custos da previdência. O objetivo era melhorar a rede de serviços de saúde espalhadas nos três níveis de governo. Para facilitar as ações dos provedores públicos foram criadas as comissões institucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, definidas por Cortes como:

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS); Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims) e Comissão Local Interinstitucional da Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, e as duas últimas previam o envolvimento de entidades comunitárias, sindicatos, gremiais, representativas da população local (CORTES, sd, p. 251).

Como se pode perceber as duas últimas comissões eram formadas por representações organizadas da sociedade civil, as quais trouxeram as possibilidades inéditas de participação da sociedade no processo de decisão política, mesmo sendo por setores.

Para Carvalho “o enfrentamento com o Estado foi associado, com o alargamento de espaços democráticos, a demanda social por bens e serviços de saúde à demanda política por acesso aos mecanismos de poder” (CARVALHO, 1997, p. 96).

A partir desse contexto ganha peso a concepção gramsciana de Estado Ampliado<sup>3</sup>. Nesta perspectiva de Estado, há uma correlação de forças, e interesses contraditórios, que perpassam pelos interesses das classes dominantes, mas incorpora-se também, demandas das classes subalternas. Até então, se mantinha um regime autoritário com concepção de Estado restrito<sup>4</sup>, no qual o Estado controla a sociedade em favor das classes dominantes, implementando políticas sociais para somente amenizar conflitos.

A abertura gradual permite, portanto, a incorporação de interesses da sociedade civil brasileira, cada vez mais organizada e participativa, possibilitando que considere-se que se estaria adotando uma visão ampliada do Estado, e deixando pra trás a noção de Estado restrito.

Segundo Gohn “o processo de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas conduz ao entendimento do processo de descentralização da sociedade brasileira” (2003, p.13 e 14).

Cabe ressaltar que com a descentralização defendida pela Reforma Sanitária, o poder central sai do governo federal e se consolida nos estados e municípios que também passam a ser responsáveis com as questões da saúde, como financiamentos e alocação dos recursos, como também na implementação dos conselhos locais e as conferências.

Para Bravo (2006) do processo de democratização e descentralização nos anos 1980 é que resultou a temática do controle social, pois institucionalizou os mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988.

Assim, a Constituição de 1988 é um marco na questão da participação e controle social na saúde. Considera-se Constituição cidadã, por garantir os direitos sociais e ter contado com a participação da sociedade brasileira durante sua construção no processo constituinte. A Constituição de 1988 prevê espaços de participação da sociedade civil, nos quais novos sujeitos coletivos participam das decisões e controlam as ações do Estado no que tange aos financiamentos e alocação de recursos, resultando no que se pode chamar de democracia participativa. Esta se dá através dos conselhos, conferências e outros mecanismos da participação direta da população.

Entende-se por democracia participativa aquela em que os cidadãos deliberam sobre assuntos de interesses coletivos, os de maior importância da ordem constitucional.

Neste sentido a Constituição de 1988 combina representação e participação direta, tendendo para democracia participativa, pois em seu Artigo 1º “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de seus representantes eleitos, ou diretamente nos termos desta Constituição”. E em seu Artigo 14º “A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com igual valor para todos, e, nos termos desta lei, mediante: I plebiscito; II referendo; III iniciativa popular” (BRASIL, 2007).

Mas para essa democracia participativa se concretizar é necessário como aponta Silva “uma mobilização social de acordo com a capacidade da sociedade civil organizada de interferir na gestão pública” (SILVA, 2007, p. 226).

Assim, entendemos que os conselhos bem formados, a partir de conselheiros conscientes de sua representatividade e seu papel político, são canais de mobilização da sociedade, mesmo sendo espaços contraditórios, podem ser processos para provocar mudanças e transformações, tornando o sujeito partícipe nas tomadas de decisões.

<sup>3</sup> Expressão que designa a concepção de Estado em Gramsci. O Estado, por incorporar também a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia, além da sociedade política com sua concepção coercitiva, amplia sua função: manter o consenso de uma classe sobre a outra. E, para tanto apreende, por vezes, demandas das classes subalternas (CORREIA, 2002, p. 121).

<sup>4</sup> Denominação dada à concepção de Marx sobre o Estado, por estar a serviço de uma só classe, a burguesia. Esta concepção esta expressa no *Manifesto Comunista* (1948): “Estado não é mais do que um comitê para gerenciar os negócios de toda a burguesia” (CORREIA, 2002, p. 120).

Para Correia, o controle social na saúde está voltado em defesa do SUS, e de sua efetivação, "resgatando seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, a todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a qualidade dos serviços" (CORREIA, 2005, p.64).

O controle social na saúde foi contemplado na Constituição de 1988, não como concessão e sim como conquista das classes organizadas, não só da população usuária, mas também de profissionais e intelectuais, que defendiam e entendiam que a saúde deveria ser "dever do Estado e direito do cidadão".

A Política de Saúde, como as outras políticas sociais, não foram dadas pelo Estado uma vez por todas, foram resultados de processos de organização e mobilização social que foram sendo construídos coletivamente. Sua existência dependeu das lutas organizadas pelos movimentos sociais, sindicatos, comunidades, categorias profissionais e outros setores da sociedade civil, que exigiam direitos iguais na saúde. Um desses fortes movimentos foi o da Reforma Sanitária o qual trataremos no seguinte item.

## **2 O Movimento da Reforma Sanitária e a luta pela democratização da saúde**

O contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e as lutas por eles travadas. Com o fechamento dos canais tradicionais de participação – sindicatos e partidos – a insatisfação de segmentos da população encontrou outros pontos de vazão. Um desses pontos de evasão foi o Movimento da Reforma Sanitária.

Conforme Arouca (1998) de 1974 a 1979 muitas experiências institucionais tentam colocar em prática diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. Quando a ditadura militar chega ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas.

As propostas debatidas pelos sujeitos coletivos, conforme Bravo (2006), eram a universalização do acesso à saúde, concepção de saúde como direito social e dever do Estado, descentralização do poder, passando as decisões também para as esferas estaduais e municipais, o financiamento efetivo e descentralização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde e as Conferências (BRAVO, 2006, p. 96).

Segundo a mesma autora, na década de 1980, a saúde brasileira contou com novos sujeitos na participação da construção do projeto da reforma sanitária, os debates permeavam a sociedade civil. Entre os novos sujeitos que entram em cena, destacam-se: (a) os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo melhorias no setor saúde, e o fortalecimento do setor público; (b) o movimento sanitário que teve o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como um meio de propagação do debate em torno da saúde e Democracia, elaborando contrapostas; (c) os movimentos populares e sociais urbanos, que realizavam eventos articulados com entidades da sociedade civil; (d) a categoria do serviço social, que nos anos 1980, inaugura o debate da ética no Serviço Social, rompendo com a ética do tradicionalismo filosófico, assumindo o compromisso com a classe trabalhadora e rompendo com corporativismo profissional; e (e) os partidos políticos de oposição, que começam a colocar a temática em seus programas e viabilizando debates no Congresso (BRAVO, 2006, p.95 e 96).

Os debates desses movimentos iniciados em plena ditadura militar baseavam-se na construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais nos debates para a reforma do setor.

Esses debates foram ganhando consistência significativa, devido que os trabalhadores informais cresciam como também o contingente de desempregados e esses estavam sem assistência médica, ficando a mercê da filantropia e da caridade.

O Movimento da Reforma Sanitária foi uma demonstração de organização popular, democracia e cidadania, uma vez que, a partir dele, empreendeu-se a luta pela construção do Sistema Único de Saúde (SIMÕES, 2007).

Toda a articulação do Movimento da Reforma Sanitária, segundo Bravo (2006), culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, em Brasília. Essa Conferência é um marco histórico que contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados, introduzindo, assim, a participação da sociedade civil no debate da saúde. Nesta Conferência foram definidos, nos debates, os princípios e as diretrizes básicas sobre as quais o SUS foi

institucionalizado, principalmente no que tange ao acesso universal e igualitário que está estabelecido no Título VIII, na Seção II, no art. 196 da Constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2007).

A participação social também teve destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, devido ao fato da população ter sido inserida no processo da Constituinte, podendo acompanhar, determinar e fiscalizar a política de saúde. Um dos resultados desse processo foi a garantia da participação popular nas definições da Política de Saúde na Constituição de 1988, regulamentada, em 1990, através da Lei nº. 8142<sup>5</sup>. Mas a conquista desses espaços de participação e controle social encontrou muita resistência de setores conservadores do próprio governo, como do setor privado, que eram contrários à participação da sociedade nas decisões políticas na área da saúde. Depois de muita discussão e debate, foi aprovada a participação da sociedade civil através dos Conselhos e das Conferências.

Ficou estabelecido na Lei nº. 8142/90, que os Conselhos são de caráter deliberativo e permanente com composição paritária entre a sociedade civil organizada e demais segmentos. Com a descentralização da política de saúde, os Conselhos e as Conferências são realidades no Brasil (CORREIA, 2005).

Para Gonh (2003) a partir da Constituição de 1988, com a criação dos Conselhos gera-se uma “nova institucionalidade pública”, pois eles criam uma nova esfera social-pública ou pública não – estatal, viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços nos quais se tomam decisões políticas (GONH, 2003).

Ainda que legalmente a década de 1980 tenha terminado com muitos avanços no que tange a participação social e, a década de 1990, iniciado com a aprovação das Leis que normatizam o SUS, esta mesma década foi cenário do início do recuo das políticas sociais. A partir dos anos 1990, o governo brasileiro (assim como toda a América Latina e o Caribe), passa a adotar o receituário neoliberal, buscando a “Reforma do Estado”, como veremos a seguir.

### 3 A reforma do Estado e o retrocesso no direito à saúde

As medidas adotadas pelos Estados capitalistas que ficaram conhecidas para sanar “a crise econômica” a partir dos anos 1990, chamadas de Reforma do Estado trouxeram conseqüências significativas para os financiamentos e os recursos das políticas sociais, principalmente na área da saúde. O ajuste fiscal recomendado pelas agências internacionais, Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, vai beneficiar o grande capital em detrimento das políticas sociais, pois segundo recomendações dessas agências os recursos devem ser reduzidos e o maior valor *per capita* arrecadado pelo Estado deve ser para pagamento da dívida externa. Dívida esta, adquirida nos períodos anteriores.

Em conseqüência desses reajustes na economia, as desigualdades sociais aumentaram, uma vez que, o Estado minimizou sua atuação, diminuindo os investimentos para área social, incluindo a saúde. O receituário neoliberal ditado pelas agências multilaterais, Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, ocorreu após o acordo do “Consenso de Washington”.

Este acordo conforme Negrão (1998) foi uma reunião que aconteceu em Washington em 1989, nos Estados Unidos, onde se reuniram diversos economistas latino-americanos de perfil liberal, e funcionário do FMI, Banco Mundial e Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) e do governo norte-americano, para tratarem dos ajustes para uma reforma econômica dos países da América Latina.

Negrão (1998) afirma ainda que nesta reunião ficaram conhecidas as dez regras universais que iriam reger os países periféricos, a partir de então:

1. Disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público;
2. Focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura;

<sup>5</sup> O Sistema único de Saúde foi normatizado em duas leis, a saber; Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990. A segunda Lei foi apresentada porque toda a parte que tratava da participação popular na Lei 8080/1990 originalmente aprovado pelo Congresso Nacional foi rejeitada pelo, então Presidente da República Fernando Collor de Mello.

3. Reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos;
4. Liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor;
5. Taxa de câmbio competitivo;
6. Liberalização do comércio exterior, com redução e alíquotas de importação e estímulos à exortação, visando impulsionar a globalização da economia;
7. Eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro;
8. Privatização com a venda de empresas estatais;
9. Desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas;
10. Propriedade intelectual.

Portanto, se o Brasil quisesse continuar recebendo ajuda financeira dessas agências internacionais deveria ajustar a sua economia às novas regras.

Heidrich (2002) afirma que a Reforma do Estado foi orientada para o mercado, exigindo o abandono, por parte dele, dos recursos aos serviços públicos, especialmente, na área social. O Estado passa a adequar-se às demandas das agências internacionais, sob pena de não conseguir participar do mercado internacional e, com isso, desresponsabiliza-se de suas obrigações de assegurar os direitos dos cidadãos. Direitos universais que foram resultado de uma luta muito árdua defendida na Constituição Federal de 1988, e principalmente na Lei Orgânica da Saúde a Lei nº. 8080/90 (BRASIL, 2007).

A política do neoliberalismo critica e abomina a idéia dos direitos universais, focando somente o atendimento às populações mais carentes, desrespeitando as conquistas anteriores. Conforme Behring e Boschetti “o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais foi assim definido – privatização, focalização/seletividade e descentralização” (2007, p.155).

Importante destacar que a descentralização defendida pelo neoliberalismo tem sentido distinto da descentralização da Reforma Sanitária, pois, a descentralização defendida pela Reforma do Estado está baseada no favor, na terceirização dos serviços públicos e no voluntariado, este último, chamando a sociedade civil a ser responsável pelas ações que deveriam ser do Estado. Portanto descentralização neoliberal é sinônimo de desresponsabilização do Estado.

Bravo e Matos afirmam que:

O objetivo da reforma do Estado, segundo seus ideólogos, é a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a recuperar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado, a redução do grau de interferência do Estado, o aumento da governança e da governabilidade<sup>6</sup> (2007, p. 206).

A governabilidade vem a ser a legitimidade dada pela sociedade ao Estado e ao seu governo, e governança a capacidade que o Estado ou o governo tem de usar seus recursos financeiros e administrativos para organizar e colocar em práticas as políticas públicas. Portanto, governabilidade tem a ver com estrutura e governança com o processo. A primeira diz respeito ao arcabouço político, jurídico e social que permita a elaboração e o implemento das políticas públicas. A segunda, à capacidade do governo de administrar, articular interesses existentes e efetivamente implantar essas políticas (OLIVEIRA, 2008).

Portanto a polêmica sobre a reforma do Estado está pautada na ineficiência deste em administrar os recursos para as políticas sociais. Segundo Bravo e Matos (2007) a solução neoliberal seria o Estado abrir mão de suas responsabilidades para com as políticas sociais, delegando as mesmas para a sociedade civil ou para as Organizações Sociais e as Fundações Estatais e caráter privado, mas sempre gerenciando-as com os recursos públicos.

---

<sup>6</sup> Governança e Governabilidade, neologismo de palavras inglesas, significam respectivamente, a capacidade política de governar, capacidade esta que deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; e a capacidade financeira e administrativa do Estado na implantação de suas políticas (Bresser Pereira, 1997, p.45).

Esse financiamento de recursos públicos para as Organizações e Fundações é que debilitam as políticas sociais. Sobre isso Casanova (2008) diz que com a globalização e o neoliberalismo, os direitos dos cidadãos e, principalmente, os princípios do SUS como a universalidade e a equidade estão sendo desrespeitados. Uma vez que os governos desde 1990 vêm trabalhando com a focalização, a seletividade, a privatização e a descentralização (BEHRING e BOSCHETTI, 2007), recomendações do FMI, e as políticas sociais como assistência, saúde e educação ficam prejudicadas e a sociedade é chamada ao protagonismo, quando isso deveria ser papel do Estado.

Segundo Correia (2007), “o Estado tem se colocado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital, exigindo o protagonismo da sociedade civil para dar resposta às seqüelas da questão social, desresponsabilizando-se” (CORREIA, 2007, p.1)

Sobre esse protagonismo da sociedade que o Estado vem exigindo Behring e Boschetti (2007) vão dizer que:

A nova arquitetura institucional na área social - sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade - se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário e não remunerado (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p. 154).

A Reforma do Estado recomendada pelos organismos internacionais tem, no seu conteúdo, a racionalização dos gastos públicos para área social e o fortalecimento do setor privado.

Este fortalecimento do setor privado vem se observando desde a implementação das Organizações Sociais e das Fundações Estatais de direitos privados, recomendação do atual governo, que seriam uma nova reestruturação da função do Estado, através do ideário de modernização e flexibilização da gestão SUS.

Assim, a saúde brasileira vem sendo tensionada por dois projetos: Por um lado, o que luta por um SUS legal, que mantenha os princípios da universalidade e equidade, integrantes da proposta da Reforma Sanitária. Por outro, o projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e FMI.

Nesse contexto, temos os vinte anos do SUS, e precisamos como diz Correia (2007), entender o paradoxo entre o SUS legal conquistado e pensado pelo Movimento da Reforma Sanitária no fim dos anos 1980 e início dos anos 1990, e o SUS real, que está sendo atacado no seu caráter universal e público, através das Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado.

### **3.1 As Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado – na contramão do direito**

Se fizermos uma retrospectiva, neste trabalho, perceberemos que a intenção do governo e das agências multilaterais de privatizar a “coisa pública” não é novidade. Há muito a área da saúde é tensionada à privatização. Na ditadura militar, como vimos anteriormente, os indícios eram fortes no setor médico hospitalar e farmacêutico, mesmo com a luta pela Reforma Sanitária e a conquista do SUS legal, temos que continuar lutando para o setor saúde continuar universal e igualitário. E essa luta é constante, pois, a partir de 1990, as características para a privatização vêm se agravando, fazendo com que se acredite nas recomendações das agências multilaterais, que o Estado está impossibilitado de gerar as “coisas públicas” e as políticas sociais, pois lhe falta governança.

Já neste contexto, o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, que deu continuidade às privatizações começadas no governo Collor e recomendadas pelo FMI e Banco Mundial, sanciona a Lei nº. 9.637/98 que, possibilita ao Poder Executivo, qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e a preservação do meio ambiente, à cultura e a saúde (BRASIL, 1998). Em outras palavras, possibilita ao Estado transferir para sociedade civil a responsabilização na execução das políticas sociais. Transferem-se para o setor privado, funções que são essencialmente públicas.

Portanto, a criação das Organizações Sociais (OS) foi estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado implementada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma

do Estado (MARE) em 1998, com o propósito de “proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor e, com isso, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não estatal” (MARE, 1998). Segundo este documento,

As Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis<sup>7</sup> mediante qualificação específica. É uma propriedade pública não estatal, constituídas pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e são orientadas diretamente para atendimento do interesse público (MARE, 1998).

Ao assegurar o direito a financiamento público às OS, o Estado passa de executor ou prestador a mero regulador dos serviços, provendo ou promovendo estes, principalmente a saúde e a educação que são serviços essenciais à população. Com as OS o usuário torna-se cliente – cidadão. O Estado como provedor dos serviços continuará a subsidiá-los, e as OS as responsáveis por executá-los.

O Estado, por sua vez, passa a selecionar e focalizar o atendimento da saúde às populações mais pobres, somente com os serviços essenciais básicos, pois esses não dão lucro ao capital. A alta e a média complexidade do atendimento ficariam com as OS, pois o lucro sempre está na mira do capital. A saúde de fato passaria a ser mercantilizada, (se é que ainda podemos considerar que ainda não seja?) é como nos coloca Montañó (2003), os serviços de qualidade seriam destinados a quem pode pagar, e, por isso, são lucrativos ao capital, constituindo-se assim como novo espaço de acumulação.

Dai entende-se a diferença entre cidadão usuário e cidadão cliente. O primeiro é todo indivíduo que usufrui de serviços coletivos, ou seja, universais, que é o caso da saúde. Já cliente é o indivíduo que compra um serviço com certa regularidade de um profissional ou de uma empresa. As OS forneceriam produtos a quem possa adquiri-los, desobrigando o Estado de garantir a saúde como direito universal.

A reforma do Estado iniciada nos anos de 1990, continua a favorecer o capital, pois, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, também se associa aos ditames do Banco Mundial, quando em 2005, cria um grupo de trabalho para fazer análises e estudos sobre as formas jurídicas - institucionais da administração pública, com o objetivo de propor ajustes na gestão pública (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007).

Conforme Correia (2007), o Banco Mundial identifica em seus documentos que os problemas da gestão “estão relacionados com a governança, a organização e o funcionamento do setor público em geral” (BANCO MUNDIAL, 2007 *apud* CORREIA, 2007 p. 28).

Como a governança está associada à capacidade do Estado ou governo de administrar, articular interesses e efetivamente implementar as políticas sociais, segundo o documento do Banco Mundial e as análises dos grupos de trabalho feito pelo governo, a conclusão é que o governo brasileiro não está administrando bem as questões relacionadas com as políticas sociais, aqui precisamente a saúde. Correia (2007) aponta que são transferidos às Fundações as funções de gerenciamento e/ administração dos serviços subsidiados com recurso públicos, e o Estado mantém-se como financiador e perde o controle da qualidade dos serviços prestados.

Portanto, segundo o Ministério do Planejamento as Fundações Estatais de Direito Privado, surgem para dotar o governo de agilidade e eficácia no atendimento. “A essência da Fundação Estatal é aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais” (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007, p. 3).

Neste contexto de mudanças na governança, o Poder Executivo manda ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar nº. 92/2007 que cria as Fundações Estatais com personalidade jurídica de direito privado (CORREIA, 2007, p.28).

Caso seja aprovada consolida-se a contra - reforma do Estado iniciada pelos governos anteriores, e os recursos públicos continuarão financiando os setores não exclusivos do Estado.

---

<sup>7</sup> Segundo Behring e Boschetti (2007) a Reforma do Estado trouxe o Programa de Publicização, que se expressa na criação das agências executivas e das organizações sociais, bem como na regulamentação do terceiro setor para execução das políticas públicas, ou seja, é a transferência da gestão dos serviços e atividades, exclusivas do Estado, para o setor público não estatal (BEHRING e BOSCHETTI, 2007 p. 154).

A posição do Conselho Nacional de Saúde é contrária às Fundações Estatais, pois este defende que é obrigação do Estado manter a saúde da população conforme o Artigo 196º da Constituição Cidadã, "saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2007). Também a 13ª Conferência de Saúde realizada em novembro de 2007 foi contrária às Fundações Estatais de Direito Privado (JUNQUEIRA, 2007, p. 86).

Entretanto, como afirma Correia (2007)

O Ministério da Saúde não tem levado em conta estes posicionamentos representativos e legítimos do ponto de vista da democracia, pelo contrário, tem reforçado seu projeto de repasse da gestão SUS para setores não estatais, ao lançar o PAC da saúde, através do Programa Mais Saúde, o qual propõe "novos modelos de gestão como fundações estatais de direito privado" (CORREIA, 2007, p. 35).

A manobra para redução do Estado em favor do capital é visível, pode ser em forma de fundações, organizações, fundações de apoio, etc., o essencial é a redução do Estado para o trabalho de gerenciamento e administração em nome da eficiência e eficácia dos serviços públicos, mascarados com vários denominativos mas que não deixam de ser denominadas privatizações.

Segundo Correia, (2007), a privatização acontece exatamente neste ponto, onde os recursos públicos para financiamentos na área da saúde são repassados a setores não exclusivos do Estado.

Neste quadro atual da situação da saúde no Brasil, cabe perguntar como fica a participação popular e o controle social na saúde através dos Conselhos e das Conferências? Estes surgiram através de muita luta da população brasileira para conquistar esses espaços de controle social na saúde, com participação da sociedade civil.

A partir do que estabelece a Lei nº. 8142/90 em seu Artº 1º parágrafo 2º

Os Conselhos de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

Portanto, os Conselhos foram instituídos para deliberar e fiscalizar a Política de Saúde, mas para que os mesmo recebam os recursos de outros níveis de governo via descentralização, devem ser formados nas esferas de governo correspondente.

A formação dos Conselhos de Saúde, deve ser paritária, conforme estabelecido pela Resolução nº.33 e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1992 a qual são reservados aos usuários 50% das vagas e os outros 50% assim distribuídos: 25% para prestador/gestor de serviços públicos ou privados e 25% para trabalhadores de saúde.

Mesmo que hoje quase a totalidade dos municípios brasileiros tenha seus conselhos formados, pois é uma exigência para repasse dos recursos, gera uma desconfiança o seu funcionamento. Questiona-se, portanto se de fato estes mecanismos estão gerando a participação da população nas tomadas de decisões da política de saúde, ou se estão sendo manipulados com a intervenção de gestores apenas para que sejam aprovados os documentos necessários para repasse de verbas.

Estes espaços por serem importantes mecanismos de participação e controle social da política de saúde têm sido motivos de análises por vários autores (Correia 2005 e 2006, Cortes, 2009, Silva 2007, Carvalho 1995). Correia é uma autora que tem se destacado na literatura sobre análises dos conselhos. Para ela, os conselhos são resultados do processo de democratização da sociedade brasileira, e foram concebidos como espaço institucional para o controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, pois, vários setores da sociedade civil estão representados nos mesmos, além de terem caráter deliberativo conferido por lei sobre os recursos para Política de Saúde (CORREIA, 2006, p. 128).

Em uma visão mais crítica e considerando os conselhos como espaço de lutas contraditórias considera que

O Conselho de Saúde constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos iminentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados da sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde, e esses espaços não são neutros, pois, nas tomadas de decisões manifestam-se conflitos em torno de projetos de sociedade contrapostos (CORREIA, 2006, p. 127).

Portanto, dentro dos conselhos os interesses do capital podem ser defendidos como também os interesses dos trabalhadores (usuários), dependendo de como vai ser aprovada as propostas apresentadas em torno da política de saúde. Cabendo aos representantes dos usuários, nunca esquecer que no consenso a ser buscado na aprovação das propostas deve estar presente os princípios e as diretrizes do SUS.

Silva, ao analisar os conselhos, percebeu algumas dificuldades e limites para que os mesmos exerçam de forma plena o controle social. Segundo a autora, uma das dificuldades encontradas em alguns conselhos é a subordinação e a obediência por parte de alguns conselheiros nas orientações para decisões do órgão gestor. Isso muitas vezes ocorre, por outras dificuldades existentes, como a falta de conhecimento por parte dos representantes da sociedade civil do que é controle social, e também pela dificuldade de entendimentos das operacionalidades técnicas e das terminologias usadas sobre a operacionalização da política de saúde. Pode-se considerar como limites para o exercício do controle social nos conselhos a falta de conhecimento por parte dos conselheiros sobre orçamento público como também sobre as próprias atribuições dos conselhos (SILVA, 2007, p. 190-191).

Ainda que os Conselhos passem por dificuldades, e tenham que avançar na participação popular, acreditamos que sejam canais de mobilização da sociedade civil organizada, pois, através dos representantes dos segmentos de usuários, onde estes estejam em plena comunicação com seus representados seria possível um processo de mobilização e transformação, onde todos os cidadãos participassem nas decisões que são tomadas na política de saúde. Exercendo assim a sua cidadania, tornando os conselhos verdadeiros canais de participação popular conforme era o anseio do Movimento da Reforma Sanitária. Pois, cabe aos conselhos atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Mesmo enfrentando dificuldades e desafios, (principalmente o desafio constante contra a privatização do Sistema Único de Saúde), esses espaços foram instituídos para legitimar e propiciar o controle social na política de saúde. A luta tem que ser diária e mesmo que árdua, a população tem e deve se envolver nestes mecanismos, para que o Sistema Único de Saúde permaneça conforme prevê a Lei 8080/90 “saúde é dever do Estado e direito de todo cidadão”. Só assim com a participação popular esses espaços serão legitimados, fortalecidos e respeitados pelos gestores.

## Conclusão

A trajetória da participação social na política de saúde no Brasil ganha fôlego após a Constituição Federal de 1988 e a promulgação das Leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/1990). A conquista de espaços participatórios foi um dos resultados do Movimento da Reforma Sanitária e marcou a opção por uma política de saúde universal, como direito de todo o cidadão brasileiro e dever do Estado. Entretanto, mudanças na gestão do Estado e a adoção de medidas neoliberais pelos governos brasileiros têm restringido o alcance desta participação e limitado às ações das políticas sociais a medidas focalistas e de cunho assistencialista. Na saúde, especificamente a criação das Organização Sociais e as Fundações de Direito Privado são identificadas como recuos significativos no que se refere ao acesso ao direito à saúde e como foco de privatização. Os conselhos de saúde e os espaços de participação social, como as Conferências, podem e devem ser espaços de resistência a este recuo.

## Referências

AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária. 1988.** <http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acionado dia 13/08/2010 às 00h40min.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 2 ed São Paulo. Cortez, 2007.

BRASIL, **Lei nº 8.142 de 28 de novembro de 1990.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2012.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em outubro de 1988. FILHO, Nylson Paim de Abreu (orgs) 12ed Porto Alegre. Verbo Jurídico, 2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* Motta, Ana Elizabete... [et al] (orgs). São Paulo. Ed Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza; POTYARA Amazoneida Pereira. **Política social e democracia.** 3 ed São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês de S. PEREIRA, Potyara Amazoneida. *Política Social e Democracia* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do Estado nos anos 90:** lógica e mecanismo de controle. Brasília, Ministério da Reforma Administrativa e Reforma do Estado. Cadernos MARE da Reforma do Estado, n.1, 1997.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado.** In: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES.* FLEURY, Sonia. (orgs). São Paulo Lemos Editorial, 1997.

CASANOVA, Pablo Gonzáles. **Globalidade, Neoliberalismo e Democracia.** In: *Globalização Excludente. Desigualdade, exclusão e Democracia na nova ordem mundial.* GENTILLI, Pablo [et al] (orgs) 5 ed Petrópolis, RJ Ed Vozes, 2008.

CORREIA, Maria Valéria. **Que Controle Social na Política de Assistência?** In: *Revista Serviço Social e Sociedade Ano XXIII nº 72.* Ed Cortez São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **Controle Social na Saúde.** In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* MOTTA, Ana Elizabete... [et al] (orgs) São Paulo Ed. Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Saúde no contexto da crise contemporânea do capital:** o Banco Mundial e as tendências da contra reforma na política de saúde. In: *Revista Temporalis: Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios.* Ano VII n13 Janeiro a junho de 2007, p. 11-38.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. **Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários: Conselhos e Conferências e no Sistema Único de Saúde.** Fundação Universidade de Rio Grande –

Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva (NIPESC) – URG. In: *Ministério da Saúde. VERSUS Brasil. Vivências e Estágios na realidade do SUS no Brasil. s/d.* Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bus/publicações/versus\\_brasil\\_vivencias\\_estágios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bus/publicações/versus_brasil_vivencias_estágios.pdf) Acesso dia 23/03/2011 às 19h10min

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. **Participação e Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.* LIMA, Nísia Trindade... [et al] (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS.** In: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.* LIMA, Nísia Trindade... [et al] (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GONH, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica.** São Paulo. Ed. Cortez, 2003.

HEIDRICH, Andréa Valente. **O Conselho Municipal de Saúde e o processo de decisão sobre a Política de Saúde Municipal.** Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS. Porto Alegre, 2002.

JUNQUEIRA, Virginia. **Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contra reforma de estado na saúde.** In: *Revista Temporalis. política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios.* Ano VII n13 Janeiro a junho de 2007 , p.67-90.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Cadernos MARE da Reforma do Estado **Organizações Sociais.** Brasília, 1998. Disponível em [www.planejamento.gov.br/.../PUB\\_Seges\\_Mare\\_Caderno02.PDF](http://www.planejamento.gov.br/.../PUB_Seges_Mare_Caderno02.PDF) Acesso em 02/11/2010.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO. **Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos.** Secretaria de Gestão. Brasília, 2007. Disponível em : <http://www.planejamento.gov.br> Acesso em 08/04/2011 às 2h40min

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 2 ed. São Paulo. Cortez, 2003.

NEGRÃO, João José. **Consenso de Washington.** In: Para conhecer o neoliberalismo. Publisher, Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.cefestsp.br/edu/eso/globalização/consenso.html> Acionado em 11/11/2010 às 10h:50min.

OLIVEIRA, Luciano. Governança e governabilidade. Disponível em [www.editoraferreira.com.br/publique/media/toq37\\_luciano\\_oliveira.pdf](http://www.editoraferreira.com.br/publique/media/toq37_luciano_oliveira.pdf) acionada em 07/10/2010 às 00h28min.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** EDUFRA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Vini Rabassa. **Controle Social de políticas públicas: uma reflexão sobre os resultados da pesquisa.** In: *Controle Social de Políticas Públicas: caminhos, descobertas e desafios.* PEDRINI, Dália Maria... [et al] (orgs) São Paulo. Paulus, 2007 p. 179-205.

Recebido em 06/07/2012  
e aceito em, 21/09/2012

**Title** Social participation in health: the limits and possibilities of control social in the state reform context.

**Abstract:** *This study aims to contextualize the social participation in health in Brazil since the 1980s, especially with the Health Reform Movement. It analyzes the concept of social control as population control actions on public health and the need to effect such participation in order to guarantee the right to health. It discusses, briefly, which health policy can be effected as a result of the dispute between the public and private changes from 1990, with the call of the State Reform. Finally, it is evident participation in health councils as important space of resistance to the privatization of health.*

**KeyWords:** *Participation. Social Control. Health Council. Healthcare Policy.*