



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO – UAD
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

RAFAELA AZEVEDO DOS SANTOS FELIX

**A INFLUÊNCIA DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE NA
ESTRUTURA E MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**SOUSA-PB
2021**

RAFAELA AZEVEDO DOS SANTOS FELIX

**A INFLUÊNCIA DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE NA
ESTRUTURA E MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Trabalho Monográfico apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jacyara Farias Souza Marques

SOUSA-PB
2021



F316i Felix, Rafaela Azevedo dos Santos.

A influência dos conselhos de política pública da saúde na estrutura e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS). / Rafaela Azevedo dos Santos Felix. – Sousa, 2021.

75 f.

Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2021.

Orientadora: Profa. Dr. Jacyara Farias Souza Marques.

1. Direto a saúde. 2. Manutenção do Sistema Único de Saúde. 3. Direitos sociais. 4. Conselho de políticas públicas 5. Fiscalização de ações estatais. 6. Participação popular. I. Marques, Jacyara Farias Souza. II. Título.

CDU: 342.7(043.1)

Elaboração da Ficha Catalográfica:

Marly Felix da Silva
Bibliotecária-Documentalista
CRB-15/855

RAFAELA AZEVEDO DOS SANTOS FELIX

**A INFLUÊNCIA DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE NA
ESTRUTURA E MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Trabalho monográfico apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jacyara Farias de Souza Marques

Data de aprovação: 26/05/2021

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jacyara Farias de Souza Marques

Prof^ª. Me. Carla Rocha Pordeus

Prof^ª. Me. Vanina Oliveira Ferreira de Sousa

Dedico este trabalho à Deus por, enquanto Grande Arquiteto do Universo, permitir a ocorrência de tantas graças em minha vida. Ademais, dedico o êxito do presente aos meus avós Manoel Gregório (in memoriam), Maria Da Guia (in memoriam), Sebastião Felix e Rita Araújo, por serem a minha base sólida.

AGRADECIMENTOS

Concluir atribuições nunca é fácil, pois isto significa o término de algo, o encerramento de um ciclo. Para se chegar ao fim supõe-se um caminho e uma jornada até aquele momento. Sendo assim, levando-se em consideração toda a minha caminhada para chegar à este trabalho de conclusão de curso, muitas são as pessoas pelas quais tenho gratidão.

A primeira delas é Deus, que me manteve firme e me conduziu através da minha fé ao longo desses cinco anos. Quando me senti sozinha, desorientada e por vezes até desestimulada, era a presença dEle que eu procurava para acalantar meu coração e encontrar coragem para seguir em frente.

Minha eterna gratidão aos meus pais, Carlos Alberto e Delma Maria, por serem sempre certeza durante todo esse caminho, por nunca me desampararem e por me darem as condições necessárias para a conclusão deste curso. Os amo com todo o meu coração. Não posso deixar de agradecer aos meus irmãos, Manoel Segundo e Pedro Paulo, pelos momentos de descontração e apoio.

Agradeço, ainda, aos meus avós maternos, Manoel Gregório (*in memoriam*) e Maria Da Guia (*in memoriam*) por terem sido as bases dos meus princípios e a força motriz para a realização dos meus sonhos. Meu obrigado também aos meus avós paternos, Sebastião Felix e Rita Araújo, por serem suporte na minha caminhada e amparo na concretização dos meus ideais. Tem muito de vocês em mim.

Devo agradecimentos à toda minha família, por serem torcida constante pelas minhas realizações, vocês são meu porto seguro. Agradeço à todos em nome das minhas tias, Maria Daguimar e Kelma Cristina, mulheres fortes e determinadas que sempre foram e são exemplos para mim.

Agradeço também à minha segunda família, as Filhas de Jó Internacional, pela contribuição na moldagem do meu caráter e por sempre me mostrar os caminhos corretos a serem seguidos. Agradeço à todo o meu Bethel 016, “Defensoras da Verdade”, pelo acolhimento e afeto de sempre.

Meus agradecimentos à minha orientadora e amiga, Prof^a. Dra. Jacyara Marques, por ter sido luz durante minha jornada acadêmica, por ter me apresentado os conselhos de políticas públicas, despertado minha admiração por estes e por ter acreditado no meu potencial acadêmico. Obrigada pela atenção e paciência de sempre.

Meu muito obrigado aos amigos que pude fazer durante o curso, com os quais compartilhei bons momentos e espero manter relações para além da universidade: Bernardino Jerônimo, Yorrana Pires, Sofia Lucena, Talyson Monteiro, Renata Braga, Fernanda Avelino, Jackelyne Oliveira, Maria Maíra, Marcela Mileo, Sabrina Lucena, Hannah Dantas, Marília Macêdo, Layza Peixoto, Cinthia Miranda, Neiara Alencar, Iasmin Brito e tantos outros que me marcaram de uma forma ou de outra. Meus agradecimentos também às minhas amigas de vida e irmãs de alma, Ana Luiza Gomes e Camila Primo, por serem ombro amigo e local de desabafo durante todos esses anos.

Por fim, não posso deixar de agradecer a mim mesma, por não ter desistido de seguir em frente e por ter escolhido transformar os infortúnios em situações de aprendizado, por ter buscado conhecimento e agarrado todas as oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

[...]

“bote fé” e a vida terá um sabor novo, terá uma bússola que indica a direção; “bote esperança” e todos os seus dias serão iluminados e o seu horizonte já não será escuro, mas luminoso; “bote amor” e a sua existência será como uma casa construída sobre a rocha, o seu caminho será alegre, porque encontrará muitos amigos que caminham com você. “Bote fé”, “bote esperança”, “bote amor”!

(Papa Francisco)

RESUMO

O presente trabalho é dedicado à análise das contribuições dos conselhos de políticas públicas da seara da saúde na estruturação e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), examinando o papel desempenhado por estes na garantia do direito à saúde enquanto direito social no Estado brasileiro. Busca-se observar, ainda, se esses conselhos da saúde são efetivos no dia a dia da Administração Pública, atendendo ao disposto na legislação pertinente ao tema. Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa de cunho exploratório, analisando a bibliografia concernente ao tema e os documentos legais que versam sobre a matéria, tais como textos, Leis, Decretos, Portarias e demais documentos pertinentes acerca da previsão desses importantes mecanismos de participação popular e suas condições de efetividade. Ademais, maneiram-se os métodos histórico-evolutivo e comparativo, assim como o indutivo e o exegético-jurídico, visando analisar, de forma crítica, a atuação desses conselhos junto ao SUS e sua efetividade na consubstanciação das premissas dispostas na Constituição Federal de 1988 (CF/88), assim como as características e pontos comuns dos institutos. Ao final, constatou-se que os conselhos gestores da saúde são mecanismos essenciais tanto na construção, como também na conservação do SUS, vez que são imprescindíveis na gestão das políticas públicas da saúde e cumprem o disposto na legislação nacional. Percebeu-se que, no enfrentamento à pandemia do COVID-19, a atuação destes Conselhos é ferramenta determinante para a fiscalização das ações estatais para a adoção de todos os protocolos de segurança no embate da pandemia. Pôde ser averiguado, ainda, que por vezes estes conselhos estão legalmente instituídos nos municípios brasileiros, mas não efetivam suas diretrizes, pecando na publicidade de suas ações, na capacitação dos conselheiros e até mesmo no conhecimento por parte da população. Por isso, sugere-se uma maior divulgação das ações dos conselhos em questão, com o desenvolvimento de Portais on-line para que a população tenha fácil acesso às contribuições destes conselhos, podendo, inclusive, fiscalizar sua atuação. Sugeriu, ainda, a disponibilização de cursos técnicos para que os conselheiros possam ter um conhecimento mais apurado das atribuições dos conselhos, examinando os documentos legais pertinentes, assim como o oferecimento de palestras educativas no âmbito dos conselhos a fim de trazer mais tecnicidade aos conselheiros.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Direitos Sociais. Participação Popular.

ABSTRACT

The present work is dedicated to the analysis of the public policy councils contributions in the health field in the structuring and maintenance of the Unified Health System (known by the acronym SUS), examining the role played by them in guaranteeing the right to health as a social right in the Brazilian State. It also seeks to observe whether these health councils are effective in the daily activities of the Public Administration, in compliance with the provisions of the legislation that is relevant to the theme. To this end, an exploratory research was developed, analyzing the bibliography associated to the subject and the legal documents that deal with the matter, such as texts, laws, decrees, ordinances and other pertinent documents about the provision of these important mechanisms for popular participation. and its conditions of effectiveness. In addition, the historical-evolutionary and comparative methods were handled, as well as the inductive and exegetical-legal methods, aiming to critically analyze the performance of these councils with the SUS and their effectiveness in substantiating the premises foreseen in the Federal Constitution of 1988 (CF/88), as well as the characteristics and common points of the institutes. In the end, it was found that the health management councils are essential mechanisms both in the construction and conservation of the SUS, since they are essential in the management of public health policies and comply with the provisions of national legislation. It was noticed that, while facing the COVID-19 pandemic, the performance of these Councils is a determining tool for the inspection of state actions for the adoption of all security protocols in the pandemic conflict. It could also be ascertained that sometimes these councils are legally instituted in Brazilian municipalities, but they do not implement their guidelines, sinning in the publicity of their actions, in the training of councilors and even in the knowledge of the population. For this reason, it is suggested a greater dissemination of these councils' actions, with the development of online portals so that the population has easy access to the contributions of these councils, and can even inspect their performance. It is also suggested the provision of technical courses so that the councilors can have a more accurate knowledge of the councils' duties, examining the relevant legal documents, as well as offering educational lectures within the councils in order to bring more technicality to the councilors.

KEYWORDS: Health. Social Rights. Popular Participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CCJS – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNDEF – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPs – Instituto Nacional de Previdência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAS – Plano Anual de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

UAD – Unidade Acadêmica de Direito

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

RAG – Relatório Anual de Gestão

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SARGUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Número de casos de contaminação por COVID-19 informados por semana epidemiológica.....	58
Figura 2 – Número de óbitos ocasionados pela COVID-19 informados por semana epidemiológica.....	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 BASES DEMOCRÁTICAS DO ESTADO FEDERAL BRASILEIRO: ASCENSÃO DO DIREITO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL.....	17
2.1 DEMOCRACIA E FEDERALISMO NO ESTADO BRASILEIRO.....	17
2.2 HISTÓRICO E DESENVOLVIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS: O DIREITO À SAÚDE E SUA GERÊNCIA NO BRASIL.....	21
3 OS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO MECANISMOS DEMOCRATIZANTES DA GESTÃO PÚBLICA.....	30
3.1 CRONOLOGIA E EVOLUÇÃO DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO PAÍS.....	30
3.2 ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS INSTITUÍDOS NO BRASIL.....	35
4 O PAPEL DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ESTRUTURA E MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	45
4.1 SURGIMENTO E DIFUSÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ESTADO BRASILEIRO.....	45
4.2 CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU ENVOLVIMENTO NA MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	52
4.3 IMPASSES PARA A CONCRETIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	67

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) inaugura no Brasil um novo modelo de gestão pública, inserindo diretrizes de descentralização política e participação popular no seio estatal. A partir desse importante documento legal o poder decisório, que antes se encontrava centralizado nas mãos da União, passa a ser distribuído para os entes regionais e locais, buscando desenvolver no país uma administração mais democrática e plural.

A CF/88 traz, ainda, vieses sociais para o Estado brasileiro, vez que reconhece, de fato, a necessidade de direitos sociais para a garantia de um estado de bem-estar e traz para si a responsabilidade na prestação de tais direitos. Expressos em um rol exemplificativo, no art. 6º, da CF/88, os direitos sociais são imprescindíveis para o ser humano, todavia, assumiu destaque no presente trabalho o direito à saúde, tendo em vista sua importância para o alcance da dignidade da pessoa humana e a relevância que esse direito público ganhou nos últimos anos em virtude da pandemia do COVID-19 que assola o país e o mundo.

O direito à saúde é assistido através do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído no país por intermédio das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), as quais versam sobre a gestão do SUS e trazem os preceitos de sua aplicabilidade e garantia do direito à saúde. Esse sistema público buscou trazer atendimento integral e igualitário para todos os cidadãos, fazendo cumprir as normas constitucionais. Visando garantir os ideais de descentralização e gestão democrática, emergem os Conselhos de Políticas Públicas para auxiliar a Administração Pública na condução governamental.

Vislumbrando a essencialidade do direito à saúde e a administração defeituosa com que este por vezes é gerido, decidiu-se estudar, através do presente trabalho, os instrumentos de gestão desse direito. Nessa perspectiva, os conselhos de políticas públicas se destacam, vez que trazem para a coisa pública um caráter mais democrático e social, com a inserção do cidadão como parte essencial da tomada de decisões.

A viabilidade da presente pesquisa se dá em razão do espaço expressivo que o direito à saúde ganhou nos últimos tempos, principalmente nos dois últimos anos, posto que este direito esteve ainda mais em evidência por decorrência do embate à pandemia do COVID-19, dessa maneira este tornou-se ainda mais fundamental na garantia da diretriz

constitucional da dignidade da pessoa humana. Sendo assim, o reconhecimento e as atribuições do direito à saúde foram cada vez mais evidenciados neste período e para que o cidadão possa cobrar a prestação de seus direitos é necessário que ele tenha conhecimento de suas nuances e os aparatos utilizados para sua efetivação.

Entretanto, muitos são os brasileiros que não tem conhecimento sobre como o SUS funciona ou como ele é gerido no país. E é nesse sentido que os Conselhos de Políticas Públicas atuam, aproximando o cidadão da gestão pública e o fazendo partícipe ativo da coisa pública. Em se tratando do direito à saúde, os conselhos gestores dessa área executam papel relevante no auxílio e amparo ao SUS, trazendo uma gestão plural e integral para este, buscando abarcar os interesses e necessidades múltiplas dos cidadãos.

Por isso, é importante o estudo dos conselhos gestores da saúde e a sua relação com o SUS, de modo que seja difundido conhecimento sobre esses mecanismos de participação popular essenciais para a Administração Pública, possibilitando, inclusive, que os cidadãos façam uso desses instrumentos e seja efetivamente cumprida a diretiva constitucional da participação popular.

Os Conselhos de Políticas Públicas da Saúde, de acordo com o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), contam com uma rede de 5.569 conselhos municipais de saúde, os quais possuem o intuito primordial de aproximar o cidadão da gestão pública buscando, ainda, tornar a sociedade mais ativa politicamente.

Nesse processo descentralizatório os conselhos de políticas públicas foram imprescindíveis, uma vez que, além de difundirem a prestação estatal, inauguram modernos vieses de participação popular na administração da coisa pública. Após anos de lutas de diversos movimentos sociais, com especial ênfase para os anseios da Reforma Sanitária, é que, com o apoio das Conferências Nacionais de Saúde, o texto constitucional inclui em sua dicção as bases organizacionais de um sistema de saúde igualitário, unificado e integrado.

Por isso, o presente trabalho tem como problemática central: Os conselhos de políticas públicas da saúde contribuíram para a estrutura e manutenção do SUS no Brasil? Quais as atribuições destes conselhos junto ao SUS na garantia do direito à saúde e sua consequente prestação estatal? Os conselhos gestores da saúde são atuantes no enfrentamento à problemáticas de saúde pública e no auxílio ao SUS?

Já os objetivos específicos consistem na análise do histórico e evolução do direito à saúde, dos conselhos gestores e do próprio SUS, a fim de identificar como estes foram inclusos no Estado brasileiro. Ainda, será feito o exame da legislação nacional concernente

aos temas, verificando se estas atendem aos preceitos constitucionais e como o direito à saúde é gerido no país através dos conselhos gestores e dos serviços do SUS.

Como objetivo específico do presente trabalho, tem-se, também, a análise da atuação dos conselhos de políticas públicas da saúde junto ao SUS, como asseguradores do direito à saúde e os impasses enfrentados por estes para a garantia da saúde como direito social prestado pelo Estado, perpassando pelas dificuldades que os conselhos encontram para efetivar suas diretrizes.

Com o intuito de consubstanciar as premissas deste trabalho, fez-se uso da pesquisa de cunho exploratório, tendo em vista que buscou-se fazer um levantamento sobre a contribuição dos conselhos gestores de políticas públicas para o SUS. Para isso, utilizou-se a técnica de pesquisa bibliográfica, a qual, de acordo com Marconi e Lakatos (2002), consiste em analisar toda bibliografia sobre o tema, visando colocar o pesquisador em contato direto com a matéria.

Esta pesquisa foi feita com base na documentação direta e indireta, de modo que foram analisados livros, periódicos, artigos científicos, teses, trabalhos de conclusão de curso, doutrinas e outros documentos atinentes à temática, como a CF/88, as Leis instituidoras de conselhos, seus regimentos internos, Portarias, Resoluções e Decretos. Para o desenvolvimento do trabalho foram analisados portais on-line como o SIACS (http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html) e a página do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) relativo à COVID-19 (<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>).

Além disso, foi utilizado o método indutivo para consubstanciação da pesquisa, buscando observar os institutos do direito à saúde, conselhos gestores e SUS, e os relacionar com o escopo de entender suas ligações. Para tanto, foi imprescindível a aplicação do método exegético-jurídico, que permitiu a análise da legislação pertinente e a constatação das principais características e pontos comuns dos mencionados institutos.

Empregou-se, no desenvolvimento da presente pesquisa, os métodos histórico evolutivo e comparativo, vez que ao longo do trabalho foram feitas alusões históricas com a finalidade de analisar o surgimento e desenvolvimento dos mencionados institutos no cenário brasileiro – como o direito à saúde enquanto direito social, os conselhos gestores e o SUS –, os comparando com a realidade atual e as consequências destes para o Estado.

O trabalho em questão está estruturado em partes, aqui denominados, capítulos. O primeiro deles se voltou ao tratamento do direito à saúde, analisando suas bases

democráticas, o seu histórico e o seu reconhecimento enquanto direito social, a fim de constatar sua gerência no Estado brasileiro.

O segundo capítulo está voltado aos conselhos de políticas públicas em si, tratando da sua evolução no país e examinando sua composição e estrutura para o desenvolvimento das políticas públicas, com especial atenção aos concernentes à saúde.

Por fim, o terceiro capítulo foi destinado à análise dos conselhos da saúde na estruturação e manutenção do SUS, perpassando pelo surgimento e difusão do SUS, assim como o envolvimento dos conselhos gestores com a efetividade dos serviços do SUS, onde foi feita uma breve análise dos impasses que os conselhos encontram para real concretização de seus objetivos legalmente instituídos, tais como a participação social no âmbito do SUS.

2 BASES DEMOCRÁTICAS DO ESTADO FEDERAL BRASILEIRO: ASCENSÃO DO DIREITO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL

Por muitos anos a gerência das políticas públicas brasileiras esteve centralizada no governo federal. Contudo, o final do século XX é marcado pela idealização e implementação de um novo modelo de gestão social.

Sobre a matéria, Arretche (1999, p. 111) discorre que:

A estrutura organizacional do Sistema de Proteção Social Brasileiro vem sendo profundamente redesenhada. À exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social — educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular — estão sendo implantados programas de descentralização que vêm transferindo, paulatinamente, um conjunto significativo de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo.

O Estado brasileiro, então, após a Constituição Federal de 1988 – a qual inaugurou os novos moldes de proteção social no país – buscou trazer a gestão pública para mais perto do cidadão, desenvolvendo uma administração mais plural e mais próxima da população. Para isso, inseriu uma democracia deliberativa, contando com a participação ativa da população, na gestão pública, incluindo os cidadãos na tomada de decisões.

Ao falar em participação popular, tomada de decisões, gestão pública e até mesmo política, é preciso que sejam delimitados alguns conceitos para contextualização e identificação da temática.

A forma como o governo organiza sua tomada de decisões resulta em consequências a serem observadas nos mais diversos setores daquele Estado. Posto isto, necessário se faz tecer considerações acerca dos chamados regimes políticos e formas de estado, com especial ênfase para os predominantes no mundo e adotados no Brasil: Democracia e Federalismo. Tais características definem como o Estado se moldará e quais comportamentos assumirá em relação à dignidade da pessoa humana.

Ademais, devem ser feitas considerações sobre o histórico dos direitos sociais, com foco no direito à saúde, tema de alta pertinência para o presente estudo, bem como sobre a forma que este direito, enquanto direito social, é gerido no Estado brasileiro.

2.1 DEMOCRACIA E FEDERALISMO NO ESTADO BRASILEIRO

Regime político, de acordo com Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998), é o conjunto de fatores que regulamenta a luta pelo poder e seu conseqüente exercício, assim como a movimentação de tais fatores. A organização desse regime é o reflexo da vontade política.

O regime político ao passo que limita a atuação estatal também traz segurança jurídica para o povo. Historicamente, muitos foram os estudiosos que tentaram classificar e tipificar os regimes políticos existentes ou ao menos dominantes. Merece destaque o filósofo Aristóteles (2011), com a famosa distinção entre Monarquia, Aristocracia e Democracia, os quais ele afirmava serem as formas puras dos regimes políticos, tendo como oposição a Tirania, Oligarquia e Demagogia. Montesquieu, por seu turno, os classificava em República, Monarquia e Despotismo (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1998).

A diferenciação proposta por Aristóteles (2011) tem como base a luta pelo poder e o número de governantes, posto que ele definia a Monarquia como o governo de um só, a Aristocracia como o governo de poucos e a Democracia como o governo de todos. Já Montesquieu (1963) apud Bobbio, Matteucci e Paquino (1998), usava como critérios a natureza e o princípio do Governo, analisando tanto o número de detentores do poder quanto o modo de exercê-lo.

Elucidando a matéria, Paiva (1965, p. 106) afirma que:

De há muito a distinção entre Monarquia e República deixou de revestir-se de maior interesse e significação, pois, à parte a investidura do Chefe do Estado e o problema da temporariedade ou perpetuidade de seu mandato, as duas formas de governo não se contrapõem, antes se identificam em suas estruturas governamentais e no tratamento por ambas dispensado às liberdades públicas e às garantias individuais.

Fato é que a tipologia dos regimes políticos nunca foi um consenso doutrinário, visto que diferentes estudiosos faziam uso de diferentes critérios, seja a forma como o poder é administrado, o número de governantes, o modo de exercer o poder estatal, entre outros. Contudo, deve ser levado em consideração, o que é relevante para o presente estudo, o regime político adotado no Brasil e o dominante no mundo: a Democracia.

Fruto de grandes e constantes lutas sociais tem-se atualmente a Democracia como o regime político adotado no Brasil – assim como em diversos ordenamentos jurídicos espalhados pelo mundo –, conforme é possível depreender do artigo 1º, parágrafo único, da CF/88. Todavia, nem sempre foi assim, a história democrática brasileira é acidentada e, em que pese as conquistas já alcançadas, ainda está em construção, visto que o Brasil passou por momentos de concentração e desconcentração do poder decisório.

Nesse sentido, Tótor e Chaia (2002, p.60) afirmam que: “[...] Considerando a larga tradição autoritária brasileira, não se pode desprezar uma cultura política baseada numa concepção de cidadãos apáticos e passivos ante o monopólio das ações políticas concentradas em elites minoritárias”.

O Brasil passou por diferentes processos democráticos, a começar pela proclamação da república em 1889, conforme leciona Cotrim (2003), a qual inaugura a chamada “República Velha” que vai até 1930 com a “Era Vargas”. Esta última conta com um período ditatorial, entre os anos de 1937 e 1945, interrompendo o regime democrático brasileiro. Com a queda de Vargas em 1954 a democracia foi adotada novamente no país, na qual, em 1955, Juscelino Kubitschek é eleito presidente do Brasil.

Juscelino protagoniza a retomada democrática do Brasil, processo este que vai até 1964 com o golpe militar. Esse breve resumo tem o intuito de demonstrar que a democracia brasileira é desnivelada, sendo por muitos momentos interrompida ao longo da história. A ditadura militar vai até 1985, ano em que Tancredo Neves e José Sarney são eleitos para presidência do país (COTRIM, 2003).

Sobre o assunto, Codato (2005, p. 84) afirma que:

O projeto militar desdobrou-se num processo pendular, em que se revezaram períodos de maior e menor violência política, de acordo com uma lógica menos instrumental e mais conjuntural, traduzindo a dificuldade do governo Geisel em controlar todas as variáveis implicadas na política de transição. A política de liberalização da ditadura militar brasileira continuou no governo Figueiredo (1979-1985), sob o nome de “abertura política”, graças à normalização da atividade parlamentar e à manutenção do calendário eleitoral, depois da revogação parcial das medidas de exceção (em 1978) e efetuadas a anistia política e uma reforma partidária (em 1979). A realização de eleições relativamente livres, nos anos setenta e oitenta, “geraram uma dinâmica própria” (LIMA JÚNIOR, 1993, p. 39), levando o processo de transição a diferenciar-se, em alguma medida, do projeto militar original. Assim, no Brasil a relação entre votação e democratização (da esfera política) não foi casual (LAMOUNIER, 1986), mas foi, até certo ponto, inesperada. As eleições influíram no curso dos acontecimentos ao acelerar o ritmo de transformação do regime, sem mudar, todavia, sua direção conservadora. A “Nova República” (1985-1990), último governo (ainda que civil) do ciclo do regime ditatorial-militar, encerra esse longo período de transição ao estabelecer a hegemonia política do partido de oposição ao regime (1986), promulgar uma Constituição (1988) e realizar uma eleição popular para Presidente (1989).

Diante disto, percebe-se que a Democracia brasileira, nos moldes hoje vislumbrados, é muito recente e ainda está em ascensão. Resultado de uma história acidentada e uma evolução gradual, a Democracia brasileira ainda encontra muitos desafios a serem enfrentados. Indiscutível é o fato de que a Constituição Federal de 1988 foi um marco para o Estado Democrático brasileiro, posto que representou a transição de um estado autoritário e intolerante para um estado plural e participativo.

Segundo Barroso (2008), a ampla participação de múltiplos setores sociais resultou em um texto constitucional heterogêneo, bastante analítico, mas, além de tudo, casuístico, levando em consideração os interesses públicos que por vezes oscilavam entre extremos.

Arelada à Democracia, a forma de estado adotada no Brasil atualmente é o federalismo, o qual preconiza um estado descentralizado em diferentes níveis de governo. O Estado brasileiro é organizado em forma de federação e é através dela que o país está dividido em vários entes políticos-administrativos – todos dotados de autonomia – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Ainda sobre o tema, Souza (2014, p.42) esclarece que:

A Federação é marcada, destarte, pela presença em um mesmo território de mais de uma esfera do poder e esse aspecto não enfraquece em nada tal forma de Estado, concretamente influenciada pela soberania que o ente federal detém e pela autonomia expressa pelos entes que a compõem.

Portanto, são aspectos relevantes da federação: soberania do ente central (a União), autonomia dos entes federados e descentralização política. Sendo o Brasil uma República Federativa, fácil se vislumbra, no país, tais características.

À respeito da soberania do ente central, conforme discorre Souza (2014), trata-se da unidade e indivisibilidade do estado. Apesar de ser um ente descentralizado internamente, o Estado Federal é uma unidade jurídica corporificada, com a sua divisão de competências políticas e administrativas bem definidas. O art. 1º, *caput*, da Carta Magna de 1988, deixa bem claro essa unicidade federal ao afirmar que a República Federativa do Brasil é composta pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A autonomia é um ponto crucial em um estado Federal, posto que é ela quem permite a constituição e organização do ente federado, através do seu poder de auto-organizar-se, auto-governar e auto-administrar. É possível depreender tal autonomia dos entes federados da dicção do art. 18, da CF/88: “Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”.

Consequência direta da autonomia dos entes federados é a descentralização política. A CF/88 conta com Título próprio – o Título III, que vai dos artigos 18 até o 43 – para tratar da organização do estado, o qual estabelece pormenorizadas as competências de cada ente (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), sejam elas administrativas ou legislativas.

Acerca da temática, Silva (2013, p. 72) dispõe que:

Em um país de dimensões territoriais como o Brasil, é inviável que haja apenas o governo central. É nesse sentido que se criaram os governos locais, para que o Estado esteja mais próximo de sua população. Assuntos como parcelamento do solo e transporte coletivo local não poderiam ocupar a mesa do governo federal, ao tempo em que ele precisa decidir assuntos como emissão de moeda, fiscalização da produção e do comércio de materiais bélicos, administração de

reservas cambiais do país, etc. É uma necessidade natural que, à proporção do tamanho do território e da população, haja mais ou menos governos locais.

Importante destacar a indissolubilidade da federação, posto que embora se tenha entes autônomos compondo o Estado Federal, estes entes não são independentes e fazem parte de um todo, a República Federativa do Brasil. Ao adotar o pacto federativo, os entes que compõe a federação abrem mão de sua soberania e a delega ao ente central, garantindo, assim, sua autonomia financeira, política e administrativa.

Nesse diapasão, percebe-se que no âmbito internacional o estado federal é um só, no qual a União exerce sua soberania representando toda a federação frente aos demais Estados. Já na seara nacional, em se tratando do Estado internamente, há uma clara repartição de competências, com atribuições bem definidas e divididas entre os entes federados.

O federalismo denota, ainda, a existência de uma Carta Constitucional para unificar e estabelecer regras estruturais. No caso brasileiro, a CF/88, vigente até os dias de hoje, é um documento essencial nesse processo organizacional.

2.2 HISTÓRICO E DESENVOLVIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS: O DIREITO À SAÚDE E SUA GERÊNCIA NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 é chamada, por muitos, de “Constituição Cidadã”, pois inseriu o cidadão no centro de toda a estrutura prestacional do Estado. Trouxe em seu arcabouço diversos direitos e garantias fundamentais, bem como os conhecidos direitos sociais dispostos na CF/88 dos arts. 6º ao 11.

Sob a influência da Constituição Mexicana de 1917, a ordem social, assim como a ordem econômica, obteve dimensão jurídica e disciplina sistemática no mundo. A primeira Constituição brasileira a positivar a ordem econômica e social foi a Constituição de 1934, a qual contou com bases concretas advindas da Constituição Alemã de Weimar (SILVA, 2005).

Conforme leciona Silva (2005), os direitos sociais fazem parte dos direitos fundamentais do homem, onde o Estado proporciona prestações positivas que viabilizam melhores condições de vida aos hipossuficientes, buscando atender a igualdade social.

Direitos sociais, também conhecidos como direitos de segunda geração, são tidos como direitos de subsistência, os quais procuram garantir ao homem condições dignas de sobrevivência. Tais garantias possuem a finalidade de assegurar os fundamentos da

República Federativa do Brasil, como a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho, expressos no art. 1º, III e IV, da CF/88.

Possuem o escopo, ainda, de certificar o cumprimento dos objetivos da República, constantes no art. 3º, da Carta Magna de 1988, tais como erradicar a pobreza e a marginalização, e também reduzir as desigualdades sociais e regionais.

O texto constitucional de 1988 contou com a inclusão de muitos direitos sociais no Estado brasileiro, trazendo a figura de um Estado mais intervencionista e a prestação de políticas positivas ou programáticas por parte deste. À respeito da introdução de direitos sociais na Constituição Federal de 1988, Bercovici (2009, p. 11) dispõe que:

Ela continua a ser uma constituição democrática e social (ou programática), mas vai um pouco além: é também uma constituição dirigente. A Constituição de 1988 possui expressamente um plano de transformação da sociedade brasileira, com o reforço dos direitos sociais, a proteção ao mercado interno (artigo 219), o desenvolvimento e a erradicação da miséria e das desigualdades sociais e regionais (artigos 3º e 170) como objetivos da República, isto é, com a inclusão do programa nacional-desenvolvimentista no seu texto. (grifo nosso)

Sendo assim, sinalizando o Estado de bem-estar social, tais direitos buscam garantir o desenvolvimento do país com condições dignas, o enriquecimento da cultura política da sociedade e a diminuição das desigualdades latentes do país.

A Constituição Federal de 1988 conta com capítulo próprio para tratar dos direitos sociais, o qual, por meio de um rol exemplificativo de tais direitos, elenca: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Por muitos anos a política brasileira deixou de lado aqueles que mais necessitam do seu amparo, os hipossuficientes. Somente com o reconhecimento do Estado social é que a política assistencialista se desenvolveu no país, assegurando bem-estar e condições dignas de vida para os cidadãos. Por ter assumido um caráter programático, a CF/88 assumiu o compromisso de garantir a consecução de direitos fundamentais, se colocando na posição de prestador e responsável pela promoção de direitos sociais através de um agir positivo (BARACHO e SOUZA, 2011).

É nesse sentido que surgem as políticas públicas no Brasil, com a finalidade de assegurar a prestação positiva dos direitos sociais no país. Sobre o tema, Baracho e Souza (2011, p. 35) esclarecem que:

Dessa feita, o Estado brasileiro, construído nesses moldes, garante a criação e execução de políticas públicas no setor econômico e social para a manutenção

dos direitos sociais e dos chamados direitos de “terceira geração”, que passaram a ser responsabilidade do Estado, como a educação, saúde, assistência e previdência social, meio ambiente, patrimônio cultural, dentre outros.

Para o presente estudo, merece destaque o direito à saúde, que por muitos anos esteve às escuras do nosso Estado, mas hoje ganha relevância contando, inclusive, com previsão constitucional entre os art. 196 e 200, da CF/88. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a saúde, na Declaração de Alma-Ata de 1978, como sendo: “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental”.

Nesse diapasão, sendo um direito imprescindível à vida humana, bem como um efetivo garantidor do bem-estar social, Silva (2005, p. 308), tratando do direito à saúde, afirma que: “É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só agora é elevado à condição de direito fundamental do homem”.

De acordo com Santos M. (2013), a política de saúde no Brasil surge atrelada à previdência social, nos anos de 1920, vinculada à Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Desde então, de forma ascendente, o direito à saúde foi cada vez mais incluso na legislação nacional e no rol de direitos fundamentais.

A CAPs, segundo Teixeira (2016) apud Lopes e Araújo (2019), foi vislumbrada como uma resposta ao problema social do envelhecimento do trabalhador, bem como uma solução às demais situações de risco: maternidade, invalidez, enfermidade, morte e acidente de trabalho. Os primeiros passos da previdência social no Brasil, assim como as políticas assistencialistas, tiveram como protagonista o trabalhador e suas vulnerabilidades.

Nessa linha de desenvolvimento, o governo Vargas introduziu na legislação nacional, através da promulgação da Carta Magna de 1934 e da Consolidação das Leis Trabalhistas de 1943, o reconhecimento de diversos direitos sociais relativos ao trabalhador. Foi na Constituição da República de 1934 que o Estado se reconheceu, pela primeira vez, como o responsável pela saúde, sendo de sua alçada a prevenção de doenças endêmicas e os cuidados para com a maternidade e a infância.

Nesse momento histórico, a carteira de trabalho atua como que um certificado legal de cidadania, como esclarece Simionatto (1997), posto que só os trabalhadores possuem as prerrogativas principais dos direitos sociais. Houve, também, a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ainda na década de 1930, os quais garantiam aos trabalhadores, inseridos no mercado formal de trabalho, o direito à saúde.

Os IAPs, organizados por categorias profissionais, dispunham de recursos financeiros e construíram seus próprios hospitais. Na época, conforme leciona Santos M. (2013), foram introduzidos os primeiros serviços privados de saúde, como a instituição do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), o qual tinha o acesso destinado aos trabalhadores filiados aos IAPs.

De acordo com Lopes e Araújo (2019), nas décadas de 1950 e 1960 houveram significativas mudanças no que diz respeito à política de saúde. Nesse período, mais precisamente no ano de 1953, se tem a criação do Ministério da Saúde, inaugurando no país uma política de saúde mais voltada à assistência médica de caráter curativo.

No governo militar (1964-1980) ocorreu a fusão dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual possibilitou o desenvolvimento do complexo médico-industrial através da iniciativa privada, é o que explica Santos M. (2013).

Bravo (2004) destaca que a luta e reconhecimento pelo direito à saúde ganha relevância nos anos de 1970, vez que durante o regime militar a política de saúde desenvolve-se com base no privilégio do setor privado. Nos anos de 1970, ainda, a contenda pelos diferentes interesses socioeconômicos – como o sindicalismo operário, os direitos dos trabalhadores rurais e atores sociais emergentes – trouxe, também, o movimento sanitário.

A pressão popular fez com que o Estado fosse obrigado a propor mudanças no cenário nacional. Desse modo, no ano de 1974 órgãos de assistência social foram criados no país, como o Ministério da Previdência e Assistência Social. Contudo, foi em 1975 que o Sistema Nacional de Saúde foi criado (SANTOS, M., 2013).

Nessa época, o debate acerca da saúde, suas condições e aplicabilidade eram uma constante nas Conferências Nacionais de Saúde. É latente e indiscutível o fato que a saúde é um direito essencial à vida humana, por isso, então, a sua estrutura organizacional e a forma como ela seria gerenciada no país foi alvo de intensos debates e propostas.

Dessa maneira, Araújo e Joazeiro (2019) dispõem que na atualidade é indispensável que se faça uma análise sistemática levando em consideração as articulações entre as searas local, regional, nacional e internacional. Os Sistemas Públicos de Saúde estão em constante mudança.

As Conferências Nacionais de Saúde se repetiram ao longo dos anos, porém cabe aqui enaltecer a VIII Conferência, ocorrida no ano de 1986, a qual idealizou os primeiros vieses do Sistema Único de Saúde (SUS) e discutiu temas como a saúde enquanto direito de cidadania e o financiamento dos programas relacionados a ela.

Após esse importante evento, houve, então, a instituição do Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, bem como houve o reconhecimento por parte do Estado da necessidade de uma reforma sanitária no país, conforme leciona Santos M. (2013).

No ano de 1987, ainda de acordo com Santos M. (2013), houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), assim como a viabilização das políticas de Ações Integradas de Saúde. Com o advento da CF/88, houve a integração da saúde, previdência e assistência social no Título VIII, Capítulo II, do texto constitucional. Passa a se desenvolver, então, o tripé da Política de Seguridade Social.

As regras constitucionais que tratam da saúde – como já asseverado, os arts. 196 a 200, da CF/88 – são bem claras e concisas, contando com disposições gerais que possibilitaram a criação e estruturação de um sistema unificado e organizado como o SUS. Nesse sentido, o art. 196, da CF/88 estabelece que:

Art. 196. 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 sua promoção, proteção e recuperação.

É possível depreender, dessa forma, que a política de saúde, enquanto política pública, busca combater as vulnerabilidades e desigualdades sociais. Quando o supracitado artigo afirma que “a saúde é direito de todos”, vê-se que não são impostas barreiras na prestação dos serviços de saúde, deve ser um direito concernente a todos. O constituinte ainda vai afirmar que é garantido o acesso universal e igualitário, assegurando, ao cidadão, a integralidade do atendimento, seja ele relativo a um tratamento preventivo ou curativo.

Posto isto, compreende-se que a CF/88 representou a extensão dos direitos sociais trazendo para o Estado brasileiro a responsabilidade com a proteção social de seus cidadãos. A seguridade social, composta pela articulação entre Previdência Social, Assistência Social e Saúde, desenvolveu um sistema de amparo.

Reiterando o disposto no texto constitucional, o art. 2º, da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e é dever do Estado promover as condições necessárias para o seu pleno exercício.

Sobre o tema, Araújo e Joazeiro (2019, p. 33) discorrem que:

Nesse novo paradigma do cuidado, a Saúde se constituiu como um bem jurídico indissociável do direito à vida, cabendo ao Estado o dever de protegê-la. Nessa perspectiva, o Estado ocupa um papel central uma vez que, depende intrinsecamente de procedimentos e de políticas a serem executados pelo mesmo, bem como da criação de estruturas organizacionais que visem à promoção,

preservação e recuperação da saúde e da própria vida humana, para que os direitos na Constituição sejam materializados. Embora a Saúde faça parte do tripé da Seguridade Social, diferente da Previdência Social e da Assistência Social, àquela caracteriza-se pela universalidade do acesso.

Desse modo, evidente fica o fato de que o SUS (Sistema Único de Saúde) é uma expressão clara – sendo utilizado inclusive como mecanismo de atuação e aplicação – do direito à saúde, vez que é através dele que as prerrogativas e garantias relacionadas a este importante direito social são asseguradas.

Nesse diapasão, em se tratando da expressão, atuação e ação das políticas de saúde no Brasil, o art. 198, da CF/88 determina que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, 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.

O atendimento integral, conforme já mencionado no presente estudo, é uma prerrogativa de suma relevância e indissociável do direito à saúde. O texto constitucional não deixa dúvidas quanto à necessidade de atendimento integral em se tratando da saúde.

Portanto, ao tratar de integralidade o texto constitucional não permite que haja exclusão de qualquer espécie de tratamento. A dicção constitucional mostrará um afeiçoamento maior em relação às políticas preventivas, porém àquelas curativas ou medicinais não são deixadas de lado, sendo garantido ao cidadão todo tipo de tratamento.

Deve-se destacar, mais uma vez, que o direito à saúde está intimamente ligado à dignidade da pessoa humana. Asseverando o disposto, Dresch (2014) expressa que a integralidade no atendimento à saúde tem o compromisso de contemplar tratamento condigno concernente ao estado atual da ciência médica, sem que haja a exclusão de qualquer ação ou serviço de saúde, mesmo aquelas não incluídas nas políticas públicas, desde que esteja comprovada a evidência médica.

Todavia, o citado artigo constitucional traz duas novas prerrogativas que merecem, também, especial atenção para correta compreensão do tema abordado neste trabalho, quais sejam: descentralização e participação da comunidade.

Sendo assim, para uma boa aplicação das prerrogativas dos direitos sociais, ainda como uma característica intrínseca do federalismo, tem-se a descentralização política como uma maneira de garantir equidade e justiça no desenvolvimento de tais direitos.

Conforme esclarece Noronha et al. (2018), a IX Conferência Nacional de Saúde teve como tema “a municipalização é o caminho”. Ocorrida no final da década de 1980, esta conferência legitimou o processo de descentralização e trouxe para o âmbito local importantes vieses de gestão pública na área da saúde.

Seguindo essas premissas, a Constituição Federal de 1988 estabelece competência comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios para tratar da saúde (art. 23, II, da CF/88), bem como para legislar sobre a matéria (art. 24, XII, CF/88).

Nesse processo de descentralização, o art. 30, da CF/88 impõe grande responsabilidade aos municípios, transferindo para este ente a execução das políticas de saúde (art. 30, VII, da CF/88). Sobre o tema, Dresch (2014, p. 4-5) explica que:

O federalismo brasileiro é estruturado de forma centrípeta, com a concentração do poder central, situando os Municípios numa base financeiramente mais frágil, que lhes impõe uma dependência dos Estados-membros e da União. Mesmo assim, criou-se um federalismo solidário dentro da organização do SUS, atribuindo aos Municípios a condição de executores diretos das ações de saúde, sem estabelecer regras claras que imponham aos Estados e à União a realização automática de repasses para que haja um fluxo financeiro constante de custeio da saúde.

Importante destacar que foi delegada aos municípios a execução de serviços de saúde, contudo isto não implica dizer que a União e os Estados-membros podem ser indiferentes. O financiamento do sistema de saúde, por força do art. 198, §1º, da CF/88 cabe aos entes federados como responsabilidade tripartite.

Por todo o exposto até aqui, percebe-se que a descentralização tem o intuito de trazer a gestão pública para mais próximo do cidadão, aproximando a tomada de decisões daquele que é diretamente afetado por elas: o cidadão.

Desse modo, a contribuição dos municípios nesse processo de democratização da gestão pública é indispensável. O poder local, situado nos municípios, é o que mais se aproxima do cidadão e da sua perspectiva gestacional. Sendo assim, segundo Tótora e Chaia (2002), a descentralização é imprescindível, posto que possibilita um controle populacional maior sobre o poder Executivo municipal, garantindo uma fiscalização mais rigorosa na atuação do poder Legislativo.

A distribuição do poder para os entes federados, possibilitando a descentralização política, permite um controle social na administração pública, de maneira que o cidadão possa intervir como partícipe ativo na gestão da coisa pública. É neste contexto que a participação popular se torna possível, assim como parte essencial do desenvolvimento social.

Desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde (como a V, de 1975 e a VI, de 1977), a participação da comunidade na fiscalização, constituição e aplicação das políticas de saúde era uma matéria debatida em tais eventos (SANTOS, M., 2013).

Em se tratando do tema, Labra e Figueiredo (2002) esclarecem que a democratização política e a descentralização das políticas sociais abriram portas para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisões políticas. A participação popular na administração pública possui a finalidade de tirar o cidadão do status de inércia, fazendo com que este desenvolva atitudes de cooperação, agregação e engajamento com as decisões relativas à coisa pública.

Elucidando o afirmado, Gohn (2016, p. 3) dispõe que:

Na democracia participativa há, portanto, uma exigência da participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão em uma sociedade democrática, porque ela tem um caráter pedagógico no aprendizado das relações democráticas, contribuindo para a politização dos cidadãos, o que é importante para eles exercerem um controle sobre os governantes. A democracia participativa é um modelo de democracia que incorpora e defende a participação da sociedade civil no interior dos Estados democráticos, que busca restabelecer o vínculo entre democracia e cidadania ativa.

Nesse diapasão, a Constituição Federal de 1988 inovou trazendo, em seu seio, uma democracia participativa, onde os cidadãos atuam diretamente na tomada de decisões. Os conselhos de políticas públicas, então, surgem como instrumentos dessa democracia participativa, possibilitando ao cidadão a atuação concreta na Administração Pública.

Tais conselhos são um reflexo do estado democrático em que vivemos e do sistema federativo adotado, sendo uma representação objetiva da descentralização política adotada no Brasil.

Conforme assevera Gohn (2016), os conselhos foram idealizados na CF/88 como instrumentos de representação, participação popular e expressão. Tal estrutura está inclusa na esfera pública e faz parte dos órgãos públicos vinculados ao Poder Executivo, com foco em políticas públicas específicas responsáveis pelo desenvolvimento das áreas em que atuam.

Os conselhos de políticas públicas visavam, então, inaugurar uma nova institucionalidade pública, com a criação de uma esfera social inédita que proporcione uma relação melhor entre Estado e sociedade. Esses conselhos buscam viabilizar a participação comunitária na formulação de políticas públicas, de modo que a população tenha acesso à espaços decisórios.

Nesse sentido, os conselhos gestores chegam como uma inovação dos vieses de democracia já conhecidos no país. Quando se fala em democracia participativa vem à tona instrumentos voltados à interferência popular nas decisões do Executivo e Legislativo, tais como referendo, plebiscito e iniciativa popular. Entretanto, os conselhos de políticas públicas vão além, vez que são mecanismos formados pelo povo, para o povo e sobre o povo.

Tais conselhos, conforme destaca Carneiro (2002), representam a ruptura com o arcabouço jurídico e institucional que vigorava até o advento da Constituição Federal de 1988. Importante ressaltar, novamente, que a Carta Magna de 1988 sinalizou a redemocratização brasileira, visto que, à época, o país acabara de sair de uma ditadura militar.

Com a intenção de modificar, redemocratizar e alterar a forma como as decisões eram tomadas no país, os conselhos gestores surgem como uma maneira de equilibrar a vontade geral com os interesses específicos e particulares, sendo, então instrumentos de participação popular informais. Nesse ponto, a participação popular apenas na escolha de seus representantes já não era mais suficiente, viu-se necessária uma atuação palpável e efetiva do cidadão no dia a dia da coisa pública.

3 OS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO MECANISMOS DEMOCRATIZANTES DA GESTÃO PÚBLICA

Os conselhos de políticas públicas desenvolvem um papel de suma importância no processo de democratização brasileiro, posto que inserem o cidadão na tomada de decisões administrativas e buscam tornar a administração pública mais plural e interativa. São, então, um reflexo direto da política de descentralização adotada no Estado brasileiro nas últimas décadas.

Dessa forma, visando romper com a engenharia institucional anteriormente adotada no país, na qual o poder decisório estava centrado nas mãos da União, os conselhos gestores surgem como instrumentos informais de participação popular com o intuito de aproximar o cidadão da coisa pública, o incluindo no controle das ações estatais.

Kleba et al. (2010, p. 794) afirmam sobre a matéria:

A participação social foi institucionalizada a partir da constituição através da implantação dos conselhos gestores, espaços onde Estado e sociedade civil compartilham o poder de decidir, instituindo uma nova cultura política e um novo modelo de gestão pública.

Os conselhos, então, marcam uma reconfiguração das relações entre Estado e sociedade, instituindo, dessa maneira, uma modalidade inédita de controle público sob a ação governamental, como estabelece Carneiro (2002), há uma co-responsabilização em se tratando do desenho, monitoramento e avaliação das políticas.

Seguindo essa linha de raciocínio, imprescindível se faz tecer considerações sobre o histórico e desenvolvimentos dos conselhos gestores no Brasil, assim como sobre sua estrutura e composição, analisando, inclusive, suas atribuições.

3.1 CRONOLOGIA E EVOLUÇÃO DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO PAÍS

Os conselhos são o resultado de um processo de desenvolvimento e aprimoramento que foi trabalhado ao longo dos anos. A análise do processo evolutivo desses conselhos é essencial para compreensão da temática.

De acordo com Gohn (2002), os conselhos datam como uma invenção tão antiga quanto a própria democracia participativa. No Brasil, a história dos conselhos se dá desde as colônias, posto que entre os séculos XII e XV Portugal desenvolveu os “concelhos

municipais” com o intuito de organizar as câmeras municipais e as prefeituras do Brasil colônia nesse modelo de gestão.

Desde então, os conselhos foram ganhando espaço na história como uma forma de conter as crises políticas ou institucionais vivenciadas. Por muito tempo os conselhos representaram uma ruptura com o tradicionalismo, a fim de modernizar os vieses organizacionais do Estado.

Côrtes (2005) dispõe que até a década de 1970 os mecanismos participatórios institucionalizados no Brasil não possuíam caráter deliberativo ou expressivo. O que se tinha era a participação de representantes de trabalhadores nas instâncias administrativas ou de fiscalização da previdência social.

Fato é que a depender da área de atuação do conselho, estes possuem um processo evolutivo diferente. Por muitos anos os conselhos serviram apenas como órgãos consultivos, sem que seu parecer vinculasse a Administração Pública. Em se tratando dos conselhos de saúde, Tótora e Chaia (2002, p. 70) estabelecem que:

As histórias desses conselhos se diferenciam pelo grau de envolvimento com os movimentos populares. Os movimentos populares de saúde, os órgãos de classe, os sindicatos de trabalhadores da saúde em São Paulo tiveram uma importante presença no cenário político local e também nacional, pela democratização da saúde e participação nas decisões sobre políticas de saúde e orçamento público. Os Conselhos de Saúde, apesar de legalizados pela Constituição de 1988, diferem dos outros conselhos pelo seu histórico de lutas e organização anterior. Apesar de sua característica tripartite – prestadores de serviço, usuários e governo –, os movimentos populares possuem uma presença marcante na composição do Conselho.

Dessa forma, levando-se em consideração a contribuição mais expressiva dos conselhos de saúde, vê-se que estes lidam com maiores conflitos e confrontos políticos, levando-o a estruturar-se primariamente, sendo sempre referência de conselhos efetivos no país. Tótora e Chaia (2002) ainda discorrem acerca dos conselhos de educação, os quais existiram, de diversas formas, nos anos de 1960 com um caráter, inicialmente, consultivo.

Ocorre que durante o regime militar, conforme preleciona Côrtes (2005), houve a supressão dos conselhos de políticas públicas existentes à época e de tantos outros modelos de participação em órgãos decisórios.

Somente com o advento da Carta Magna de 1988 que o processo evolutivo dos conselhos gestores pôde caminhar. A CF/88 é um exemplo claro de constituição programática, a qual, de acordo com Novelino (2016), é caracterizada pela presença de normas definidoras de tarefas e programas a serem realizados pelos poderes públicos.

Em se tratando dos direitos sociais – tais como saúde, educação e trabalho – vê-se que estes necessitam de políticas públicas para real efetivação de seus efeitos jurídicos, uma vez que estão previstos através de normas constitucionais de eficácia limitada ou aberta, conforme dispõe Silva (2005), dependendo de uma prestação positiva do Estado para que os preceitos dessas normas sejam efetivados.

De um modo geral, então, foi durante a década de 1980 que o espaço dos conselhos gestores foi definido. A presença de diversos movimentos populares teve extrema importância nesse processo de reconhecimento dos conselhos de políticas públicas. À época, a democracia representativa por si só não supria as necessidades dos cidadãos que, como visto anteriormente, clamavam por descentralização política.

Nesse contexto, um movimento social tomou relevância, qual seja a Frente Municipalista Nacional. Ela foi criada no ano de 1983 e lutou por municípios mais fortes e autônomos, buscando uma desconcentração do poder estatal, com o reconhecimento da autonomia dos municípios para decretar, inclusive, suas próprias leis orgânicas (TÓTORA e CHAIA, 2002).

Como o município é o ente mais próximo do cidadão, a ótica da descentralização deve ser desenvolvida a partir deste ente. Havendo, então, a descentralização do poder, seria mais palpável a participação popular na tomada de decisões. Sobre o tema, Côrtes (2005, p. 152) esclarece que:

Durante os anos oitenta, a crise econômica e fiscal aliada à perda de legitimidade do regime militar e à predominância de propostas liberalizantes no cenário político internacional fortaleciam projetos que visava racionalizar a administração pública, reduzir gastos e descentralizar competências do nível central para as esferas subnacionais de governo.

Desse modo, atendendo ao apelo popular e tendo em vista o momento histórico vivido no país, a Constituição Federal de 1988 adotou o município como ente autônomo e inaugurou o sistema de descentralização para este ente local no Brasil.

A partir de então, a participação popular foi cada vez mais inserida nos meios de gestão pública, tendo os conselhos de políticas públicas como precursores deste processo. Gohn (2002) afirma que nos anos de 1980 a discussão sobre os conselhos gestores era nucleada acerca da participação popular, buscando com que houvesse a democratização do Estado e seus aparelhos institucionais. Nesse momento os conselhos passam a ter caráter deliberativo, contando, inclusive, com a presença de conselheiros capacitados e trazendo tecnicidade a estes mecanismos de participação popular.

A CF/88, então, trouxe em seu texto condições para implementação de conselhos gestores nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal – a fim de fazer cumprir a política de descentralização e aproximar a coisa pública do cidadão. É o que preceitua, por exemplo, o art. 198, III, da CF/88, que apregoa a participação da comunidade como uma das diretrizes organizacionais do sistema público de saúde.

Nesse momento, conforme elucida Marques e Felix (2020), o número de conselhos nos três níveis de governo cresceu progressivamente, posto que são idealizados através de norma constitucional aberta, ficando a cargo dos entes federativos sua regulamentação nacional, regional ou local.

Viu-se que o âmbito local é o mais propício para real efetivação das prerrogativas almejadas pelos conselhos gestores, uma vez que o município é o ente federativo mais próximo da vivência social dos cidadãos. Instituídos em quase que todos os 5.550 municípios brasileiros, os conselhos de políticas públicas inauguram no Brasil uma democracia deliberativa.

Sobre a temática, Oliveira, Pereira e Oliveira (2010, p. 430) lecionam que:

Democracias de fato e, conseqüentemente, governos legítimos, devem ser viabilizados por poliarquias diretamente deliberativas. O propósito desse arranjo é promover a solução de problemas diretamente pelos cidadãos. Na base desse processo está a deliberação, conduzida em arenas abertas aos usuários de serviços públicos. Estes, quando argumentam, devem orientar-se por casos análogos registrados em outras jurisdições. Idealmente, a poliarquia diretamente deliberativa pode favorecer o autogoverno, o aprendizado local e a responsabilização política.

Nesse diapasão, os conselhos gestores buscaram imbuir nos cidadãos uma concepção argumentativa, de maneira que estes pudessem debater questões políticas e fossem capazes de delinear estratégias com o intuito de tornar o poder público afeto às suas deliberações.

Portanto, no seio dos conselhos de políticas públicas, indivíduos politicamente iguais discutem soluções para problemas coletivos. Por isso, ao longo dos anos de 1990 houve o processo de implantação e dinamização dos conselhos gestores por todo o país. Ao passo que a CF/88 acrescentou ao seu texto a participação popular como sustentáculo dos novos vieses de democracia, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais de todo o país também o fizeram (CALDERÓN e MARIM, 2002).

A regulamentação específica dos conselhos gestores fica à cargo dos entes que os criaram e por suas próprias leis regulamentadoras, assim como de seus regimento internos.

Cabe à legislação geral, como a Constituição Federal, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, apenas as características comuns aos conselhos.

Tais leis específicas datam, muitas das vezes, da década de 1990, época em que a importância dos conselhos foi difundida e houve sua dinamização. Exemplo disso é a Lei nº 8.142/90, a qual trata da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 1º da referida Lei já dispõe que:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º 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.

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

§ 3º 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.

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

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Fácil se vislumbra, então, o espaço concreto dado aos conselhos gestores, através do trecho citado, na Lei nº 8.142 promulgada no ano de 1990. O final do século XX e início do século XXI foi terreno fértil na seara dos conselhos gestores.

Elucidando o exposto tem-se como exemplo também a Lei nº 9.131/1995 que instituiu o Conselho Nacional de Educação, assim como a Lei nº 8.742/1993 que criou o Conselho Nacional de Assistência Social. No âmbito estadual, por seu turno, o estado da Paraíba conta com o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente instituído a partir da Lei nº 7.273/2002. Na seara municipal, para exemplificar, tem-se o Conselho de Defesa do Consumidor no município de Sousa/PB instituído através da Lei Complementar nº 025/2003.

Desde então, os conselhos de políticas públicas desenvolveram-se de forma ascendente, estando cada vez mais presentes no dia a dia da Administração Pública, exercendo seu papel nas três esferas de governo do Brasil.

Atualmente, durante o enfrentamento à pandemia da COVID-19 no Brasil, no ano de 2021, a atuação dos conselhos de saúde é expressiva e evidente. Vê-se, diariamente, nos jornais a presença de conselheiros partícipes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por exemplo, cobrando das autoridades públicas em rede nacional os corretos protocolos de tratamento à doença, bem como a compra de vacinas e vacinação da população.

3.2 ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS INSTITUÍDOS NO BRASIL

Os conselhos gestores de políticas públicas vão organizar-se através de suas próprias leis instituidoras e de seus regimentos internos. Contudo, esses conselhos devem atender ao disposto na legislação federal, estadual e municipal ao qual estão circunscritos, contemplando as necessidades do âmbito que estão vinculados. Sendo assim, muitos deles possuem características comuns que merecem estudo e análise.

Tratando do tema, Côrtes (2005, p. 148) explica que:

As características institucionais evidenciam-se nas determinações legais, nas normas administrativas editadas em cada área de política pública e nos padrões históricos de organização político-administrativa e de relações dos gestores públicos com os diversos grupos sociais cujos interesses estão afetos ao setor. As políticas sociais têm importância diferenciada, no contexto geral da administração pública, tendo em vista a parcela da população para a qual a provisão – de benefícios, bens e serviços – se destina e o modo como ela é financiada, produzida e distribuída. A provisão pode ser concebida como de acesso universal ou focalizada e, no último caso, pode ser direcionada para grupos sociais que dispõem de recursos políticos distintos. Tende a ser maior a importância relativa de áreas como saúde ou educação fundamental, cujos beneficiários potenciais são todos os cidadãos, em detrimento daqueles que focalizam suas ações em clientelas específicas.

Os conselhos de políticas públicas, então, desenvolvem desenhos institucionais de partilha de poder, sendo promovidos pelo próprio Estado e contando com a composição variada de atores da sociedade civil e estatais, de acordo com Avritzer (2008). Dessa forma, a grande parte dos conselhos conta com uma composição paritária entre cidadãos politicamente engajados e representantes estatais.

Asseverando o exposto, Marques e Felix (2020, p. 208) afirmam que:

Partindo-se da premissa de que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas são compostos por cidadãos engajados no bem estar-social, tem-se que a escolha dos conselheiros se dá de forma paritária, entre governo e sociedade, vez que uma parte dos conselheiros são nomeados pelo Chefe do Executivo ou seus Secretários e a outra é eleita pelas comunidades diretamente afetadas. A quantidade de conselheiros em cada órgão varia de acordo com as condições territoriais e habitacionais.

Dessa maneira, vê-se que o ideal para garantir a descentralização do poder governamental seria uma composição paritária entre cidadãos e representantes governamentais, de modo que se assegurasse a igualdade nas discussões concernentes aos conselhos atuantes.

Nesse diapasão, em se tratando das características que são comuns aos conselhos, deve-se analisar a legislação federal. Como já mencionado, o processo de estruturação dos conselhos variará de acordo com a área que lhe seja afeta. No presente estudo será feita a análise de algumas áreas sociais para elucidar a temática.

A Constituição Federal de 1988 em diversos dispositivos inclui a participação da sociedade e a descentralização política como alicerces. Na seara da Assistência Social, por exemplo, o art. 204, da CF/88, estabelece que:

Art. 204 As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), então, foi instituído pela Lei nº 8.742/1993, tendo como intuito principal garantir a efetivação da política de descentralização inaugurada no país à partir da Carta Magna de 1988, bem como assegurar um conjunto de ações integradas entre governo e sociedade para prover o atendimento às necessidades básicas.

O art. 16, da Lei nº 8.742/93 dispõe que os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e os Municipais de Assistência Social terão composição paritária entre governo e sociedade civil. O art. 17, da citada Lei, por seu turno, define a composição do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). O texto de lei, então, afirma que o CNAS será um órgão deliberativo colegiado composto por 18 (dezoito) membros, dos quais 9 (nove) serão representantes governamentais – sendo um deles representante dos Estados e outro representante dos municípios – e 9 (nove) representantes da sociedade civil.

Os representantes da sociedade civil variarão entre usuários ou representantes de organização de usuários das entidades de assistência social, assim como trabalhadores do setor. De acordo com a mencionada Lei, tais conselheiros serão escolhidos em foro próprio e submetidos à fiscalização do Ministério Público Federal.

Em se tratando da competência do CNAS, tem-se que este é responsável pela coordenação da Política de Assistência Social. Ademais, os conselhos de Assistência Social nos âmbitos estadual, do Distrito Federal e dos municípios, deverão estar em consonância com a legislação federal, atendendo às diretrizes estabelecidas em âmbito nacional.

Outros conselhos de atuação relevante e visível em todo o país são os Conselhos Tutelares, na área de proteção aos direitos das crianças e dos adolescentes. Em diversos dispositivos a Constituição da República de 1988 assegura condições dignas de vida às crianças e adolescentes, bem como amparo àqueles que dele necessitam. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente, advento da Lei nº 8.069/1990, prevê a criação de Conselhos e a municipalização do atendimento neste setor social. É o que dispõe o art. 88, do Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 88. São diretrizes da política de atendimento:

- I - municipalização do atendimento;
- II - criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais;
- III - criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa;
- IV - manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente;
- V - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional;
- VI - mobilização da opinião pública no sentido da indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade;
- VI - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Conselho Tutelar e encarregados da execução das políticas sociais básicas e de assistência social, para efeito de agilização do atendimento de crianças e de adolescentes inseridos em programas de acolhimento familiar ou institucional, com vista na sua rápida reintegração à família de origem ou, se tal solução se mostrar comprovadamente inviável, sua colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei;
- VII - mobilização da opinião pública para a indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade;
- VIII - especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil;
- IX - formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral;
- X - realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência.

Neste norte, são os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, conforme dicção do mencionado Estatuto, os responsáveis pela administração de recursos destinados

às políticas de proteção, como também de fiscalizar a aplicação de tais recursos. São, assim como os conselhos concernentes à assistência social, órgãos deliberativos.

Os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente possuem, também, composição paritária entre representantes do governo e da sociedade civil. Os Conselhos Tutelares, por sua vez, são compostos por conselheiros eleitos pela população local, conforme estabelecido no art. 132, do Estatuto da Criança e do Adolescente. Os Conselhos Tutelares serão encarregados de executar as políticas relativas à infância e à juventude, agindo em conjunto com gestores públicos, Ministério Público e Poder Judiciário.

Os conselheiros vinculados a Conselhos de Políticas Públicas, num geral, exercem um múnus público. Entretanto, os Conselhos Tutelares, de acordo com a lei orçamentária do município ao qual pertençam, a lei instituidora do conselho e o seu regimento interno, receberão remuneração e formação continuada, é o que apregoa o Estatuto da Criança e do Adolescente. A quantidade de conselheiros dependerá das condições do município em que estão circunscritos, devendo sempre estar em conformidade com a legislação federal.

Merece destaque também os conselhos relativos aos direitos das mulheres. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi instituído no auge dos movimentos sociais que abarcaram o país no ano de 1985, através da Lei nº 7.353/85. Contudo, somente em 2008, com o Decreto nº 6.412/08 que a composição, estrutura e competências desse Conselho foram definidas e integralizadas.

Nesse sentido, o referido Decreto estabeleceu que o CNDM é um órgão consultivo e deliberativo, com o intuito primordial de acabar com a discriminação contra a mulher e garantir a sua efetiva participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. O art. 2º, do Decreto nº 6.412/2008 discorre algumas competências concernentes ao CNDM:

Art. 2º Ao CNDM compete:

I - participar na elaboração de critérios e parâmetros para o estabelecimento e implementação de metas e prioridades que visem a assegurar as condições de igualdade às mulheres;

II - apresentar sugestões para a elaboração do planejamento plurianual do Governo Federal, o estabelecimento de diretrizes orçamentárias e a alocação de recursos no Orçamento Anual da União, visando subsidiar decisões governamentais relativas à implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM;

III - propor a adoção de mecanismos e instrumentos que assegurem a participação e o controle social sobre as políticas públicas para as mulheres;

IV - acompanhar, analisar e apresentar sugestões em relação ao desenvolvimento de programas e ações governamentais e a execução de recursos públicos para eles autorizados, com vistas à implementação do PNPM;

V - manifestar-se sobre o mérito de iniciativas legislativas que tenham implicações sobre os direitos das mulheres;

VI - propor estratégias de ação visando ao acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas de igualdade para as mulheres, desenvolvidas em âmbito nacional, bem como a participação social no processo decisório relativo ao estabelecimento das diretrizes dessas políticas;

VII - apoiar a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República na articulação com outros órgãos da administração pública federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal;

VIII - participar da organização das conferências nacionais de políticas públicas para as mulheres;

IX - articular-se com órgãos e entidades públicos e privados, visando incentivar e aperfeiçoar o relacionamento e o intercâmbio sistemático sobre a promoção dos direitos da mulher; e

X - articular-se com os movimentos de mulheres, conselhos estaduais e municipais dos direitos da mulher e outros conselhos setoriais, para ampliar a cooperação mútua e estabelecimento de estratégias comuns de implementação de ações para a igualdade e equidade de gênero e fortalecimento do processo de controle social.

O art. 3º, do Decreto nº 6.412/2008, por seu turno, estabelece que o CNDM é composto por 41 (quarenta e um) membros, dos quais 21 (vinte e um) integrantes serão representantes das entidades da sociedade civil, 3 (três) membros serão mulheres com notório conhecimento acerca das questões de gênero e atuação na luta pela promoção e defesa dos direitos das mulheres e os demais conselheiros serão representantes de órgãos governamentais.

Engajados na garantia de inclusão da mulher nos variados setores sociais, os âmbitos Estadual, do Distrito Federal e dos Municípios também devem contar com conselhos relativos à proteção e reconhecimento dos direitos das mulheres, sempre tendo por norte a legislação federal.

Conselhos presentes em todos os entes federados, dada sua importância latente no desenvolvimento Estatal, são os relativos à educação. O texto constitucional de 1988 em seu art. 206 prevê como um dos princípios fundamentais da educação a gestão democrática. Posto isto, a fim de garantir uma participação institucional na administração pública na seara da educação, os conselhos se mostraram órgãos essenciais a este processo.

Sendo assim, a legislação infraconstitucional se encarregou de assegurar essa participação. Em relação a estes conselhos, os localizados nos municípios, em especial, mostram-se mais efetivos.

Além da relevância na estruturação das diretrizes educacionais, o que dinamizou os Conselhos de Educação pelo país, conforme estabelece Côrtes (2005), foi a fiscalização e controle na aplicação de recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef). Por isso, foram criados Conselhos de Educação em quase todos os municípios brasileiros.

A composição desses conselhos varia um pouco das demais, contando com uma estrutura quadripartite, entre representantes estatais, representantes dos professores e diretores escolares, de servidores das escolas e de pais e alunos (CÔRTEZ, 2005).

A Lei nº 4.024/1961 estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional e sofreu grandes alterações pela Lei nº 9.131/1995, trazendo mais atribuições e responsabilidades para o Conselho Nacional de Educação (CNE). Vinculado ao Ministério da Educação, o CNE exerce atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento, de modo a garantir a participação da sociedade no desenvolvimento, aprimoramento e consolidação da educação.

A Lei nº 9.394/1996 também tratou do CNE ao incluir como suas atribuições as tarefas de normatizar e supervisionar a estrutura educacional, dispondo, inclusive, que este é um órgão de atividade permanente do sistema nacional.

A atuação dos conselhos de educação é mais palpável e de fácil vislumbre nos municípios, posto que atuará, conforme já explicitado, diretamente no repasse de verbas. Todavia, eles devem estar em consonância e de acordo com o disposto tanto na legislação nacional quanto estadual.

Por fim, é imprescindível que se faça um exame acerca das características mais expressivas dos Conselhos de Saúde, os quais vêm desenvolvendo no Brasil um papel de suma importância e relevância para a garantia do bem-estar social de todos os cidadãos.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído através da Lei nº 378/1937, atuando, primariamente, como órgão consultivo do Ministério da Saúde. O CNS, de acordo com a citada Lei, era composto por membros indicados pelo próprio Ministro de Estado e nomeados pelo Presidente da República. À época, o CNS debatia apenas questões internas, posto que o Estado não fornecia assistência médica integral aos cidadãos.

Em 1954, com o Decreto nº 35.347, houveram mudanças na estrutura organizacional. A partir de então o CNS passou a ser também um órgão de assistência ao Ministro de Estado, com a determinação das bases genéricas dos programas de proteção à saúde. Com o referido Decreto, o CNS passa a ser composto por 17 (dezessete) membros, sendo 8 (oito) deles escolhidos entre pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde e 6 (seis) escolhidos entre titulares de cargos ou funções de chefia do Ministério da Saúde. Todos designados pelo Presidente da República por indicação do Ministro de Estado.

Vê-se que os primeiros passos do CNS no Brasil foram muito limitados, em decorrência do regime autoritário que vigorou por muitos anos. Com a instauração do regime militar, os avanços e desenvolvimento do CNS foram cada vez mais contidos.

Somente no ano de 1970, com o Decreto nº 67.300/70, que o CNS tornou-se pauta pública novamente. O citado Decreto trouxe novas atribuições ao CNS, quais sejam “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da Saúde”, conforme dicção do art. 1º. Contudo, o CNS ainda estava diretamente subordinado ao Ministro de Estado, não se vislumbrava, naquele momento, independência e autonomia do conselho.

Na década de 1970 o movimento em prol da reforma sanitária ganhou maior destaque, levantando bandeiras como integralização do sistema de saúde, universalização e descentralização na tomada de decisões. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, conforme já corroborado, foi um marco na estruturação do sistema de saúde brasileiro, entre tantas pautas levantadas nesta conferência, segundo Nunes e Cançado (2020), a reformulação do CNS foi uma delas.

Nesse diapasão, as recomendações dessa e de outras Conferências idealizou mudanças a serem realizadas na seara da saúde. Com o advento da Carta Magna de 1988 muitas delas puderam ser efetivadas.

Como já visto, a Constituição Federal de 1988 traz como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a “participação da comunidade” (art. 198, III, CF/88). Partindo-se dessa premissa, a Lei nº 8.142/90 criou conselhos engajados na garantia de efetiva aproximação entre Estado-sociedade, nos três níveis de governo, assim como normatizou sua estrutura, competência e composição.

De acordo com a mencionada Lei, os conselhos de saúde pelo Brasil devem ser instituídos em caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado e composto por: usuários e profissionais de saúde, prestadores de serviço e representantes do governo.

A referida Lei ainda vai afirmar que os conselheiros devem atuar na elaboração de estratégias e no controle de aplicação das políticas de saúde na instância correspondente – seja ela federal, estadual, distrital ou municipal –, inclusive no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros.

A Lei 8.142/90 deixa bem claro que, no âmbito dos conselhos de saúde, os representantes da sociedade civil devem estar em pé de igualdade com os atores estatais, quando afirma em seu art. 1º, §4º: “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”.

Ademais, em observância ao Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 407/2008), tem-se que hoje ele é composto por 48 (quarenta e oito) conselheiros. O art. 4º, do referido Regimento trata da distribuição de membros por área social:

Art. 4º O CNS é composto por quarenta e oito membros titulares, sendo:

I - cinquenta por cento de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, eleitos em processo eleitoral direto; e

II - cinquenta por cento de membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, todos indicados pelos seus respectivos dirigentes.

§ 1º O percentual de que trata o inciso II deste artigo observará a seguinte distribuição:

I - metade dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde; e

II - metade dos membros representantes distribuídos da seguinte forma:

a) seis membros representantes do Governo Federal;

b) um membro representante do CONASS;

c) um membro representante do CONASEMS;

d) dois membros representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde;

e

e) dois membros representantes de entidades empresariais com atividades na área de saúde.

§ 2º Os membros titulares do CNS terão primeiros e segundos suplentes, indicados na forma deste Regimento.

Dessa maneira, percebe-se que a participação popular foi ganhando espaço ao longo dos anos na estrutura do CNS e hoje é bastante expressiva, sendo maioria em sua composição. Há um verdadeiro equilíbrio dos interesses envolvidos, com a divisão de 50% das vagas para usuários do SUS, 25% para trabalhadores e os outros 25% para prestadores de serviços e gestores.

O CNS desenvolve suas atividades em conjunto com o Ministério da Saúde, sendo um órgão vinculado à este. Todavia, o Ministério da Saúde conta com outros em sua seara, tais como o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Vê-se no âmbito da saúde uma pluralidade de ideais visando a diversidade da participação social, de modo que sejam atendidas todas as demandas. Além de esses conselhos fazerem parte da estrutura do Ministério da Saúde, eles também irão compor o CNS, conforme o já citado art. 4º, do Regimento Interno do CNS.

Por tudo isso, é possível vislumbrar, também, a importância da municipalização na área da saúde. A municipalização dos conselhos de saúde, de acordo com Côrtes (2005), é essencial para a aproximação entre Estado e sociedade, bem como para a garantia da democratização da Administração Pública. Como já corroborado, o município é o ente federado mais próximo do cidadão, então a sua colaboração neste ente é a mais efetiva e palpável.

Nunes e Cançado (2020) dispõem que o Brasil conta com 5.633 conselhos de saúde ativos, distribuídos nos municípios, estados e distrito federal, bem como devidamente cadastrados junto ao CNS e ao Ministério da Saúde. Para que o município possa gerir os recursos públicos da seara da saúde, este deve contar com um conselho municipal atuante e deliberativo. Este fato, aliado à política de descentralização das ações do SUS, fez com os conselhos municipais de saúde fossem dinamizados no país, conforme estabelece a Portaria nº 545/1993, do Ministério da Saúde.

A referida Portaria estabelece que a construção do SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público e deve ser orientado pelas diretrizes de descentralização político-administrativa das ações de saúde e dos seus serviços, devendo estar submetido ao controle societário. Além disso, o art. 18, do Decreto nº 7.508/2011, estabelece que o planejamento de saúde – a ser processado de modo ascendente e integrado, mediante a oitiva dos conselhos de saúde da localidade em questão – deve ser estruturado a partir das necessidades dos municípios daquela região.

Portanto, para que haja a efetivação da descentralização, assim como a correspondência com os preceitos do SUS, o ente local é essencial nesse processo de difusão do atendimento público. É nesse âmbito que a municipalização dos serviços de saúde se destaca, vez que esta é necessária para a plena efetividade de um sistema de saúde integral, igualitário e universal.

Côrtes (2005) discorre que a partir do estímulo à municipalização da gestão dos serviços de saúde financiados com recursos públicos, houve o implemento de conselhos municipais de saúde como condição para que o município pudesse habilitar-se para a gerência daqueles recursos. Sendo assim, os municípios ficaram responsáveis pela atenção básica de saúde, a qual é financiada pelos recursos públicos deliberados e aprovados com o auxílio dos conselhos gestores municipais de saúde.

O conjunto desses conselhos foi imprescindível, então, para formulação de políticas relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sua estrutura e sua manutenção ao longo

dos anos. O SUS foi um advento social e pôde contar com a contribuição latente dos conselhos gestores de políticas públicas.

4 O PAPEL DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ESTRUTURA E MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Após anos de lutas e contendas com o escopo de trazer para a política social brasileira os ideais de universalidade, integralidade e igualdade, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) como um importante mecanismo na consolidação e efetivação do direito à saúde enquanto direito social.

O SUS é, ainda, um instrumento da política de descentralização adotada no Brasil. De acordo com Menicucci (2014), o SUS alcança os 5.550 municípios brasileiros desenvolvendo um verdadeiro atendimento integral em todos os níveis de atenção básica. Ademais, a participação da sociedade, legalmente instituída no âmbito do SUS, é um reflexo direto do processo de democratização vislumbrado no país a partir do final do século XX.

Foi por meio da Constituição Federal de 1988 que os ideais de democracia representativa, participativa e deliberativa passam a se desenvolver no Brasil. Na seara da saúde, essas perspectivas ficaram evidentes em se tratando do desenvolvimento e estruturação do SUS, posto que este efetiva a pluralidade na gestão pública, inserindo o cidadão no seio do Estado como partícipe ativo da tomada de decisões públicas.

Desse modo, necessário se faz tecer considerações acerca do surgimento e desenvolvimento desse importante garantidor da saúde pública, o SUS. Bem como analisar o seu envolvimento com os conselhos de políticas públicas para concretização dos seus ideais democráticos tanto no atendimento quanto na gestão pública.

4.1 SURGIMENTO E DIFUSÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ESTADO BRASILEIRO

O surgimento do SUS está diretamente relacionado com a história da saúde pública no Brasil, que, por muitos anos, foi negligenciada à uma questão menor enquanto direito essencial à vida. O reconhecimento da saúde como dever do Estado só foi consumado a partir da CF/88, conforme disposição do art. 196:

Art. 196. 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 sua promoção, proteção e recuperação.

Contudo, antes disso, muitas batalhas foram necessárias para que esse reconhecimento fosse efetivado. O vislumbre do direito à saúde como uma prerrogativa do ser humano a ser prestada pelo Estado tem seus primeiros passos após o êxodo rural e o aparecimento de doenças epidêmicas, como esclarece Oliveira (2012, p. 35):

No governo de Rodrigues Alves (1902-1906), tendo Oswaldo Cruz à frente, as iniciativas de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, sobretudo no combate a algumas doenças epidêmicas. Foram tomadas medidas importantes, algumas drásticas, mas que representaram avanços no combate às epidemias, as quais se espalhavam facilmente pelas cidades.

É a partir deste período, por influência direta do positivismo, que Estado e sociedade passam a enxergar solução para suas problemáticas, principalmente enfermidades e comorbidades através da ciência, de acordo com Souza (2016). Nesse momento, a prestação de atendimento pelo Estado consistia apenas no embate a doenças epidemiológicas, de forma ríspida inclusive com a vacinação, foi, ainda nesse cenário, que ocorreu a Revolta da Vacina em 1904 (SANTOS, N., 2013).

Com o passar dos anos, a prestação estatal na seara da saúde foi se desenvolvendo e tornando-se mais presente no cotidiano do cidadão. Ocorre que, conforme explica Oliveira (2012), durante a década de 1920 só era enquadrado no conceito de cidadão àquele que possuísse carteira de trabalho, ou seja, só era cidadão o trabalhador. Então, a política de atendimento e desenvolvimento da saúde, naquela época, estava voltada ao trabalhador.

Nesse cenário, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que posteriormente - na década de 1930 - seriam transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de acordo com as lições de Santos M. (2013). Estes foram os primórdios da política de proteção social brasileira, que trazia subsídios aos trabalhadores e designava parte da receita para a atenção à saúde destes.

Tanto as CAPs, como em seguida as IAPs eram entidades autônomas do Estado e possuíam legislação própria, a qual estabelecia o modo como a assistência seria desempenhada. Dessa forma, não havia um atendimento homogêneo no país, posto que cada CAP/IAP desenvolvia seu atendimento de maneira independente, é o que explica Souza (2016).

Durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com o governo americano, o Brasil estruturou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que possibilitou a criação de centros de saúde e postos permanentes em várias regiões brasileiras. Oliveira (2012) leciona que este órgão foi essencial para o desenvolvimento da participação comunitária e

educação de grupos sociais, posto que passou a expandir o atendimento na seara da saúde. Ainda nos anos de 1940, houve a criação do Serviço de Atendimento Domiciliar de Urgência (SAMDU), conforme esclarece Souza (2016).

Na década de 1950 a criação do Ministério da Saúde enfatizou a prevenção de doenças transmissíveis, todavia, o atendimento ainda estava restrito aos contribuintes da previdência social e seus dependentes, de acordo com Oliveira (2012). Merece destaque, também, o fato de que a industrialização estava em pleno desenvolvimento nesse momento histórico, o que resultou em uma massa operária cada vez mais carente de atendimentos. É nesta perspectiva que as empresas privadas e os convênios de saúde passam a se relacionar.

Com a eclosão do regime militar os avanços foram contidos e o retrocesso instaurado. A parcela mais humilde da população pôde sentir, com mais ênfase, as consequências da política adotada durante o regime militar, posto que, naquele momento, os esforços foram voltados para a privatização dos serviços médicos, conforme esclarece Silva et al. (2010).

Ainda durante o regime militar, como discorre Santos N. (2013), houve a fusão das IAPs e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dessa maneira o Estado tinha mais controle sobre a sociedade, uma vez que unificou os benefícios previdenciários para todos os trabalhadores. Entretanto, como estabelece Oliveira (2012), essa unificação ocasionou superlotação nos hospitais, vez que o sistema da época não estava pronto para receber tamanha demanda.

Na década de 1970, o INPS foi substituído pela criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que, de acordo com Menicucci (2014), foi um órgão federal extremamente centralizado e, à época, coordenava todas as ações de saúde relativas às políticas médico-assistencialistas do país. O INAMPS, contudo, por ser um órgão centralizado nas mãos da União, não conseguiu fazer uma gestão adequada das políticas de saúde, vez que não conseguiu atender aos anseios da população.

Aliado à insatisfação popular com o governo militar e as más condições de vida instauradas naquela época, a década de 1970 foi marcada por constantes conflitos e movimentos sociais. Sobre esse momento histórico, Santos N. (2013, p. 235) dispõe que:

Nos anos 1970, essa política enfrenta permanentes conflitos entre os interesses antagônicos apontados pelo setor estatal, empresarial e a própria emergência do movimento social da saúde: o movimento sanitário. O movimento sanitário não aparece isolado do contexto histórico vivenciado nos anos de 1970 no Brasil. Paralelamente, evidencia-se a crise do milagre econômico no país, que permitiu o surgimento no cenário político de alguns atores sociais, como o sindicalismo operário, os trabalhadores rurais, um percentual da Igreja, alinhando-se a certos

grupos de trabalhadores, e, também, a outros movimentos sociais urbanos. A dívida externa, a taxa inflacionária crescente e a recessão econômica possibilitaram desgastes para o sistema econômico e ocasionaram a insatisfação de certos setores da média e da pequena burguesia, o que fortalecia os movimentos sociais emergentes nesse período.

O contexto de lutas e constante desagrado popular fez com que o Estado se visse obrigado a propor mudanças em diversos setores, mas principalmente na política de saúde brasileira, a fim de incluir pautas sociais no seio estatal.

A reforma sanitária levanta bandeiras e defende diretrizes que, anos depois, foram incorporadas ao texto constitucional, tais como: universalidade, igualdade, participação da comunidade, descentralização, integralidade e regionalização. Esse movimento sanitarista envolveu, também, muitos atores sociais, como médicos e suas associações, conselhos e conferências, partidos políticos, movimentos populares diversos, parlamentares e igreja, como apontou Menicucci (2014). Um movimento plural e variado deu ensejo a um sistema de saúde inclusivo e heterogêneo.

Dessa forma, nos anos de 1980, a partir das Conferências Nacionais de Saúde, com especial destaque à VIII Conferência, os vieses do que viria a ser um sistema unificado de saúde começaram a ser debatidos e viabilizados. De acordo com Côrtes (2009), esta Conferência definiu os parâmetros normativos responsáveis pelas propostas da reforma sanitária e que, posteriormente, deram origem à Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

A referida Comissão, ainda segundo Côrtes (2009), analisou as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde vigente à época e sugeriu a estruturação de um sistema organizado, igualitário e integral para a saúde. Essas propostas puderam ser alocadas no texto constitucional e foi um marco histórico para o fomento do que, mais adiante, viria a ser o SUS.

Nesse sentido, uma das medidas propostas através da VIII Conferência Nacional de Saúde, para a implementação de um sistema de saúde universal, gratuito e integral, era a criação de conselhos municipais de saúde compostos por trabalhadores e usuários de saúde indicados pela sociedade local com a finalidade de atuarem como fiscais do poder Executivo e do setor privado (MOREIRA e SCOREL, 2009).

A partir de então, as Conferências tiveram o caráter de fórum, compostas pela sociedade civil organizada e instaurando uma nova institucionalidade no país, conforme discorre Escorel e Bloch (2005), posto que apesar de serem convocadas pelo Executivo federal, destinaram-se a dar respostas a estes como um colegiado autônomo e independente.

A década de 1980, de acordo com Santos M. (2013), contou com ações integradas de saúde e com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no ano de 1987. O SUDS era uma espécie de convênio entre a União e governos estaduais com o intuito de garantir a saúde enquanto direito essencial à vida. É nesse momento, como estabelece Santos N. (2013), que a saúde deixa de ser um direito concernente apenas àqueles que possuíam vínculo trabalhista e passa a ser um direito de todos.

As Conferências Nacionais de Saúde, enquanto espaços deliberativos e argumentativos foram essenciais no processo de estruturação do SUS. Na IX Conferência, como esclarece Escorel e Bloch (2005), foi determinado que estas eram espaços fundamentais para o processo de democratização e difusão das melhores alternativas para a saúde do cidadão. Na IX Conferência Nacional de Saúde, ainda de acordo com Escorel e Bloch (2005), definiu-se a implantação efetiva de um sistema de saúde.

Dessa maneira, viu-se cada vez mais necessário se estabelecer no país um sistema de saúde organizado, unificado e igualitário. De tal forma, a Constituição Federal de 1988, além de reconhecer o direito à saúde como um direito social e imprescindível à vida humana, idealizou as bases organizacionais de um sistema de saúde único. Deve-se destacar que o texto constitucional não deixa de dar espaço, também, para a seara privada, conforme discorre Menicucci (2014, p. 81):

Como resultado a Constituição apresenta um sistema híbrido e segmentado: por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo; por outro, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência e independentes de qualquer intervenção governamental.

Contudo, para que se houvesse um direito à saúde realmente universal, integral e igualitário seria necessário que se fortalecesse a saúde pública de maneira que ela atendesse à todos os cidadãos de forma equânime, como foi possível depreender dos apontamentos feitos até aqui. Por isso o texto constitucional trouxe em seu art. 198 que as medidas e serviços públicos de saúde constituem um sistema único e organizado, estruturado com atenção às diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Ademais, era preciso coordenar todas as ações dos entes federativos brasileiros numa logística prestacional. Para tanto, era imprescindível que os governos, profissionais da saúde e população agissem coletivamente, especialmente por meio da conscientização da população.

Com base nessas diretrizes o Sistema Único de Saúde (SUS) se desenvolveu. Inaugurado a partir da Lei nº 8.080/1990 – conhecida como Lei Orgânica da Saúde –, o SUS buscou desenvolver os paradigmas constitucionais para a efetivação de um direito a saúde justo, democrático e sistematizado. O §1º, do art. 2º, da Lei nº 8.080/90 torna claro o caráter prestacional que o Estado passou a assumir nessa seara:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse diapasão, unificou-se o atendimento e a qualidade dos serviços no âmbito da saúde. Ao passo que através das CAPs e IAPs havia uma prestação autônoma e independente para cada região brasileira, com o advento do SUS esse atendimento passou a ser tanto universal – atingindo todos os brasileiros, sem nenhuma espécie de condicionamento – quanto igualitário, em se tratando da aptidão do serviço prestado.

Em tese, a qualidade da prestação deve ser a mesma em todo o país, entretanto, nesse aspecto, nos deparamos com entraves do desenvolvimento regional. Fazia-se necessário uma proposição de desenvolvimento para só depois se implementar os princípios basilares do SUS.

A partir de então o Estado passa a ser garantidor desse importante direito constitucional e fundamental: a saúde. Complementando a Lei Orgânica da Saúde, ainda no ano de 1990, surge a Lei nº 8.142/90, a qual se propôs a tratar sobre a participação da comunidade no âmbito do SUS, uma vez que esta foi suprimida da Lei nº 8.080/90, assim como tratará também sobre transferências financeiras intergovernamentais.

De acordo com Moreira e Escorel (2009), esse conjunto de leis proporcionou mudanças imprescindíveis no modelo gestacional brasileiro, no que concerne à saúde, tendo em vista que revigorou espaços de participação social e criou novos mecanismos de interferência popular na gestão pública.

No início dos anos 2000 surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o intuito, segundo esclarece Menicucci (2014), de regular a participação privada na seara da saúde, ao passo que o governo garante a iniciativa privada ele também assegura a prevalência do interesse público fiscalizando sua atuação.

A partir desse conjunto legislativo o SUS passou a fazer parte da estrutura organizacional dos entes federados no que diz respeito ao atendimento e garantia do direito

à saúde. O art. 198, §1º, da CF/88 define que o SUS será financiado com recursos da seguridade social, advindos tanto da União, quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Nessa mesma linha, o art. 23, II, da CF/88 estabelece que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios zelar pela saúde e assistência pública.

De tal modo, pode-se observar gradativamente a descentralização no âmbito desse importante direito social, posto que a União foi cada vez mais subfinanciando os custos com saúde e delegando este poder aos demais entes federados. É o que estabelece Santos N. (2013, p. 275):

Em 1.980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde, e os Estados e Municípios com 25%. Desde então, e especialmente após novo pacto federativo constitucional de 1.988, os municípios e Estados vêm assumindo suas novas e maiores responsabilidades, e somados, elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, o mesmo não ocorrendo com a União, cuja participação porcentual caiu de 75% para 46%.

Percebe-se assim que a prestação na seara da saúde, que antes era centralizada nas mãos da União, foi sendo designada aos outros entes. Atualmente, de acordo com o art. 198, §2º, I, da CF/88, a União aplicará apenas cerca de 15% (quinze por cento) dos seus recursos na área da saúde, o restante ficará à cargo dos Estados, Distrito Federal e Municípios na forma dos artigos 155 a 159 da CF/88.

Com o comando de descentralização enunciado no texto constitucional, assim como os ditames da Lei Orgânica de Saúde, o SUS foi instituído em todas as regiões brasileiras. O art. 7º, IX, da Lei nº 8.080/90 dispõe, inclusive, que a descentralização político administrativa dará ênfase aos serviços municipais na seara da saúde, através da regionalização e hierarquização desses serviços.

Tendo em vista que o município é o ente federado que mais se aproxima do cidadão, delegou-se a este importante papel na gerência das políticas relacionadas à saúde. Neste norte, a fim de que a gestão fosse a mais plural e inclusiva possível, a Lei nº 8.142/90 incluiu os Conselhos de Saúde na administração do SUS, o art. 1º da referida Lei discorre que:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º 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.

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

§3º 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.

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

§5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Vê-se que os conselhos concernentes à saúde foram dispostos como elementos essenciais na seara do SUS, incluindo nesse órgão público imprescindível o parecer popular acerca das políticas relacionadas à administração e garantia do direito fundamental da saúde.

4.2 CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU ENVOLVIMENTO NA MANUTENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Viu-se que tanto as Conferências Nacionais de Saúde quanto os Conselhos de Saúde são elementos essenciais para a efetivação da política de descentralização instaurada no Brasil desde o advento da Constituição Federal de 1988. Portanto, conforme esclarece Souza e Krüger (2010), esses instrumentos representam a materialização da participação social idealizada tanto na Carta Magna de 1988 quanto na Lei nº 8.142/90.

O SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui um sistema único e organizado (art. 198, CF/88), todavia, essa rede por si só não é capaz de desempenhar os objetivos e diretrizes idealizados e almejados. Muitas são as atribuições do SUS, o art. 200, da CF/88 estabelece um rol de funções:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS está presente e alcança muitos setores sociais, por isso, visando assegurar o atendimento a todas essas prerrogativas assim como garantir um direito à saúde democrático, inclusivo e universal, os conselhos de políticas públicas emergem como instrumentos democratizantes capazes de dialogar com o cidadão e atender suas necessidades.

Um dos principais objetivos desses conselhos é garantir controle social e participação popular nas políticas concernentes à saúde, de modo que a gestão pública seja cada vez mais integrativa e possa atender as demandas coletivas e garantir a predominância do interesse público. Aqui se confirma a necessidade da gestão democrática – o que preleciona a obra “Hermenêutica Constitucional – A Sociedade Aberta dos Intérpretes da Constituição: Contribuição para Interpretação Pluralista e Procedimental da Constituição” de Peter Häberle (2014).

De acordo com o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), existem atualmente 5.633 conselhos de saúde atuantes no Brasil, sendo 5.569 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 3 do Distrito Federal e 36 conselhos distritais de saúde indígena. Esses conselhos têm o escopo de formular estratégias referentes à administração na área da saúde, assim como controlar e fiscalizar a atuação das políticas de saúde.

Dessa maneira, dada a importância que o conjunto legislativo brasileiro deu a estes instrumentos de interferência popular, percebe-se que os mesmos desempenham e desempenham papel de extrema essencialidade na política gestacional do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de efetivar as diretrizes estabelecidas no texto constitucional.

A instituição de um órgão esquematizado como o SUS só foi possível graças à pressão popular de atores sociais como: médicos e profissionais de saúde, associações médicas e movimentos populares voltados à saúde, conforme elucidado por Menicucci (2014). Estes agentes populares, posteriormente, foram inclusos na seara de deliberação acerca das políticas públicas, inclusive através dos conselhos gestores. Sobre o papel desses na política prestacional da saúde, Moreira e Escorel (2009, p. 708) dispõem que:

Para tanto, devem promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam setores cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde: usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, que detêm 50% das

vagas e trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os outros 50%.

Essa paridade na representação dos usuários e servidores estatais é pauta consolidada desde a X Conferência Nacional de Saúde. Esse princípio tem o intuito de garantir a igualdade de oportunidades e pautas no interior dos conselhos, com o escopo de se desenvolver uma gestão que atenda à todos os afetados pelas políticas de saúde. Esta paridade de representantes atualmente é prevista no texto do Decreto nº 5.839/06.

Com a ascensão dos conselhos gestores foi possível vislumbrar a concretização dos ideais de participação popular, vez que houve, por intermédio desses importantes instrumentos de contribuição social, o reconhecimento do Estado enquanto arena de articulação, embate e deliberação política entre os diferentes interesses de espaço e poder.

A Resolução nº 453/2012 do Ministério da Saúde define o Conselho de Saúde como sendo:

[...] uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

De tal modo, percebe-se que, vendo a importância de se ter uma gestão pública focada no cidadão, os conselhos da seara da saúde passaram a integrar, definitivamente, a estrutura das políticas públicas voltadas a este seguimento social. Sendo assim, muitos são os aspectos em que se fazem necessários conselhos fiscalizadores, deliberativos e colegiados para a efetividade da política almejada pelo SUS.

Elucidando o asseverado, tem-se que a Portaria nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, a qual contemplou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabeleceu que os Conselhos de Saúde dos Municípios devem, por exemplo, elaborar e aprovar plano para implantação e credenciamento de equipes de atenção básica, os quais serão encaminhados para as Secretarias Estaduais de Saúde.

Os representantes dos conselhos são partícipes ativos nas Conferências de Saúde ocorridas nas três esferas de governo, sendo responsáveis, inclusive, pelas convocações extraordinárias dessas Conferências, de acordo com Escorel e Bloch (2005). É através destas que muitas pautas são discutidas e reconhecidas no seio estatal. As contribuições de

tais Conferências devem ser incorporadas na estrutura organizacional do SUS, de forma que os anseios dos cidadãos e suas respectivas necessidades sejam atendidos pelo sistema universal, igualitário e integral vigente no país.

Ademais, muitos conselhos relativos às políticas de saúde estão responsáveis pela fiscalização e repasse de verbas para manutenção dos serviços de saúde. É também nesse aspecto que os conselhos de saúde auxiliam o SUS e garantem o seu desenvolvimento. A Portaria nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, sobre o tema estabelece que:

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Sobre a função fiscalizatória dos conselhos gestores, os relativos à saúde desempenham esta atribuição de forma bem expressiva. Marques e Felix (2020, p. 208) discorrem que:

Entre as atribuições dos conselhos, pode-se destacar a fiscalização e o repasse de bens e verbas para os seus devidos fins. Para que uma verba seja requerida e autorizada, sua destinação deve ser analisada e votada em reunião pelo conselho de sua área, sendo tudo registrado em atas e estabelecido quórum mínimo para sua aprovação. Os Conselhos de Saúde Municipais, por exemplo, são encarregados de aprovar a partilha dos recursos públicos e do orçamento municipal na área da saúde, tais como a reforma de um hospital e a aquisição de novas macas para um posto de saúde.

Portanto, além de deliberar sobre quais as políticas que devem ser adotadas e aplicadas no país, os conselhos gestores ainda atuam na fiscalização dessas políticas, de modo a assegurar a real aplicação destas, assim como a efetivação dos serviços de saúde. Esses conselhos atuarão, inclusive, como fiscais dos próprios gestores públicos. Nessa perspectiva, Oliveira, Pereira e Oliveira (2010) dispõem que os conselhos estão aptos a contribuir com a democratização da gestão pública, buscando ampliar quantitativa e qualitativamente tanto a participação quanto a condução coletiva de políticas sociais, assim como a responsabilização de governantes (chamada de “*accountability*”) e o controle social pró-ativo para o intercâmbio de informações entre população e poder local.

Nesse diapasão, Carneiro (2002, p. 283-284) discorre que:

Sem dúvida, os conselhos locais, estaduais e nacionais constituem experiências de inovação institucional que acenam para a ampliação dos espaços de deliberação pública, uma vez que são estruturas jurídico-constitucionais de caráter permanente, com representação paritária entre Estado e sociedade civil e com amplos poderes de controle sobre a política. Portanto, mais do que expressão

e mecanismo de mobilização social, os conselhos apontam para uma nova forma de atuação de instrumentos de *accountability* societal, pela capacidade de colocar tópicos na agenda pública, de controlar seu desenvolvimento e de monitorar processos de implementação de políticas e direitos, através de uma institucionalidade híbrida, composta de representantes do governo e da sociedade civil.

Outrossim, em se tratando de mais uma faceta dos conselhos gestores da saúde, o art. 4º, da Lei nº 8.142/90 estabelece que para receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) os municípios devem contar com Conselho de Saúde estruturado com composição paritária na forma estabelecida nos documentos legais. Desse modo, os conselhos de políticas públicas da saúde irão atuar, também, como ferramentas imprescindíveis para a organização e desenvolvimento do SUS, laborando na fiscalização direta do repasse de verbas para a saúde.

Ainda neste aspecto, a Lei Complementar nº 141/2012 determina que os conselhos de saúde figurarão mais ativamente no ciclo de gestão do SUS, de modo que terão prerrogativa de analisar, avaliar e emitir parecer conclusivo – ou até mesmo vetar – o Relatório Anual de Gestão (RAG), além de apreciar e aprovar o Plano Anual de Saúde (PAS) do ente ao qual estão vinculados.

Sobre o tema, Côrtes (2005) explica que esses comandos legais contribuíram para a disseminação dos conselhos de saúde pelos municípios brasileiros, tendo em vista que para que o município se habilite a gerir os recursos referentes ao âmbito da saúde – sejam eles humanos, físicos ou financeiros – repassados pelos outros entes federados, o ente local deve contar com conselhos de saúde municipais para auxiliar a Administração Pública. Os conselhos atuam, então, expressivamente na municipalização plena do sistema de saúde.

Outra contribuição importante desempenhada pelos conselhos de políticas públicas da seara da saúde é a publicidade das ações e serviços desenvolvidos pelo Estado. O cidadão só pode fazer uso, ou até mesmo cobrar a ocorrência daquele serviço, se tiver conhecimento sobre este.

Dessa maneira, os conselhos gestores atuam, também, na disseminação das políticas de saúde. O art. 1º, VI, da Portaria nº 2.135/2013, do Ministério da Saúde, a qual trata das diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, estabelece que será atendida a: “transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade”.

Ainda sobre o incentivo à participação popular e a publicidade e transparência no planejamento e atuação do SUS, o art. 3º, §§ 6º e 7º, da mesma Portaria, discorrem que:

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

[...] *omissis*

§6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde.

§7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.

Desse maneira, vê-se a atuação dos conselhos gestores na área da saúde tanto no processo de elaboração dos planos de saúde – isto nas três esferas de governo – quanto na sua fiscalização e aplicação.

A participação popular é um processo que vem se desenvolvendo desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde, teve seu reconhecimento consolidado na CF/88 e está em desenvolvimento até os dias de hoje. É necessário, para a concretização dessa diretriz do SUS, que a gestão pública seja a mais clara e transparente possível, com a inclusão do cidadão no seu dia a dia e a difusão de seus serviços.

A publicidade é, inclusive, um princípio da Administração Pública, o qual preconiza que todos os atos públicos devem ser regidos por transparência, de modo que o cidadão possa fiscalizar a coisa pública. Sobre esse princípio, Meirelles (2015, p. 101) dispõe que:

O princípio da publicidade dos atos e contratos administrativos, além de assegurar seus efeitos externos, visa a propiciar seu conhecimento e controle pelos interessados diretos e pelo povo em geral, através dos meios constitucionais - mandado de segurança (art. 52, LXIX), direito de petição (art. 52, XXXIV, “a”), ação popular (art. 52, LXXIII), “habeas data” (art. 5º, LXXII), suspensão dos direitos políticos por improbidade administrativa (art.37, § 4º) -, e para tanto a mesma Constituição assegura a todos o direito de receber dos órgãos públicos “informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade”, ressalvados os casos de sigilo “imprescindível à segurança da sociedade e do Estado” (art. 5º, XXXIII), e impõe o fornecimento de certidões de atos da Administração, requeridas por qualquer pessoa, para defesa de direitos ou esclarecimento de situações (art. 5º, XXXIV, “b”), os quais devem ser indicados no requerimento.

Dessa forma, a fim de atender às diretrizes constitucionais que servem de base para sistematização do SUS, os conselhos devem atuar como órgãos interlocutores entre sociedade e Estado, buscando tornar os serviços públicos conhecidos e informar a população acerca das ações desenvolvidas. Nesse sentido, em se tratando dos conselhos relativos à seara da saúde, assim como do direito fundamental à saúde, o Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) vem desempenhando um papel expressivo no enfrentamento à pandemia do COVID-19, que assola atualmente a humanidade.

O CONASS disponibiliza no seu portal on-line painéis ilustrando os avanços do COVID-19 no Brasil, demonstrando, por exemplo, o número de casos e o número de óbitos ocasionados por esta doença. Esses painéis são confeccionados a partir dos dados disponibilizados e informados, diariamente, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, os quais são atualizados todos os dias. Ilustrando o asseverado, tem-se a seguir dois painéis retirados do site: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.

Figura 1 – Número de casos de infecção por COVID-19 informados por semana epidemiológica



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2021.

Figura 2 – Número de óbitos por COVID-19 informados por semana epidemiológica



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2021.

Com a publicidade desses dados, então, o cidadão consegue acompanhar como o COVID-19 está avançando no país e cobrar das autoridades públicas as medidas de

enfretamento adequadas. Durante o embate à pandemia nos anos de 2020 e 2021 tem sido comum ver nos telejornais e nos veículos de mídia conselheiros atualizando a população acerca dos protocolos adotados para tratamento e superação da doença, assim como o progresso da vacinação no país, cobrando, inclusive, a compra dos imunizantes para atender o maior número de brasileiros possível.

Através de todo o exposto, constata-se que os conselhos de políticas públicas concernentes à seara da saúde desempenham papel de extrema importância no que diz respeito à gestão do SUS. Esses conselhos vão atuar desde a elaboração de políticas voltadas à saúde – seja na deliberação dos PAS e PNABs ou nas políticas e programas internos de cada ente federado – até a fiscalização e difusão dos serviços prestados pelos entes estatais.

4.3 IMPASSES PARA A CONCRETIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Vê-se que os conselhos de políticas públicas da saúde são instrumentos essenciais para a concretização das diretrizes constitucionais estabelecidas para estruturação do SUS, assim como para a manutenção desse sistema com observância aos paradigmas dispostos na legislação nacional. Todavia, alguns são os desafios que os conselhos gestores ainda enfrentam para a efetivação dos princípios de gestão plural, participativa e inclusiva.

A inefetividade de alguns conselhos se deve a inúmeros fatores, tais como problemas regionais de reconhecimento desses como arenas deliberativas, assim como a marginalização da comunidade política, a falta de capacitação dos conselheiros, a ausência de autonomia dos representantes da sociedade no seio do conselho, entre outros. Os conselhos encontram limitações no seu caráter deliberativo, devido à fragilidades práticas do seu dia a dia.

Martins et al. (2008) identificam como sendo um desafio para concretização das prerrogativas dos conselhos gestores da seara da saúde o fato de estarem legalmente constituídos, mas não funcionarem conforme deveriam. Como já corroborado, os conselhos municipais de saúde são essenciais para que o município receba recursos do FNS, como estabelece o art. 4º, da Lei nº 8.142/90, portanto, muitos municípios se empenharam na instituição desses mecanismos democráticos, mas, por vezes, não desenvolveram esforços para sua atuação social.

Sobre o tema, Martins et al. (2008, p. 110) dispõem que:

De acordo com a Pesquisa de Informações Municipais, realizada em 2001 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 97,6% dos municípios brasileiros têm instituídos os conselhos de saúde, sendo que em 98,7% destes municípios, os conselhos realizaram reuniões neste ano. A maioria dos municípios (69,7%) informou que as reuniões do conselho são “muito freqüentes”, mas em 10,3% as reuniões ocorrem de forma irregular, sendo esta situação mais comum nos municípios de pequeno porte.

Outro entrave recorrente, quando se trata dos conselhos da saúde, é o não atendimento à paridade de representantes instituída legalmente. Martins et al. (2008) destaca esse como sendo, também, um dos desafios mais frequentes encontrado no íntimo dos conselhos gestores da saúde, vez que ocasiona ingerências políticas e atinge diretamente o caráter deliberativo do conselho, tendo em vista que, não havendo pluralidade comunitária não há também como se representar, verdadeiramente, os interesses comuns dos cidadãos.

Esses dois impasses fazem com que os conselhos tornem-se instrumentos utópicos, nos quais não há, como definido em lei, debates entre diferentes setores sociais relacionados naquela área, ponderação de ideais e nem a consubstanciação do viés democrático.

Outra dificuldade expressiva enfrentada pelos conselhos de políticas públicas da saúde é no que diz respeito a capacitação dos conselheiros, Manorov et al. (2017) sinaliza que muitos conselheiros são indicados para compor o conselho municipal de saúde sem ao menos saber o papel a ser desempenhado naquele âmbito.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009, p. 425) desenvolveram um estudo com os conselheiros municipais de saúde vinculados ao município de Viçosa-MG. A partir desse estudo os autores constataram que:

Em relação ao conhecimento dos conselheiros quanto às fontes de financiamento do SUS no município, 58,8% dos entrevistados disseram conhecer em partes; 29,4% disseram conhecer para fins de avaliação; e 11,8% não sabem informar quais as fontes de financiamento. Não obstante, no que se refere ao conhecimento dos documentos relativos à prática do controle social no município (Regimento Interno, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão) produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e deliberados pelo CMS, 55,9% dos entrevistados informaram ter conhecimento sobre o Regimento Interno e 44,1% relataram não ter conhecimento deste. Quanto ao Plano Municipal de Saúde (PMS), 73,5% nunca o leram; e em relação ao Relatório de Gestão, 67,6% responderam que não sabem analisá-lo, 26,5% disseram que sabem analisá-lo e 5,8% que sabem analisá-lo em partes.

Para que um conselho atinja os seus objetivos como ponte entre a sociedade e o Estado, é necessário que, conforme esclarece Manorov et al. (2017), este possa contar com uma participação social qualificada, apta a desenvolver as atribuições do conselho com

conhecimento apurado sobre a temática, visando representar, verdadeiramente, aquele grupo social ao qual faz parte.

A pesquisa desenvolvida por Manorov et al. (2017) nos municípios de Chapecó-SC, Quilombo-SC e Palmitos-SC, constatou, ainda, que por muitas vezes os conselheiros não têm conhecimento da legislação que lhes é afeta. Para que se tenha uma contribuição social efetiva a partir dos conselhos gestores deve-se ter qualidade na representação popular, com a inclusão de cidadãos politizados no seio dos conselhos.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), então, dispõem que para se alcançar o exercício pleno do controle social na política de saúde, é imprescindível que se tenha conselheiros realmente envolvidos no processo, que conheçam verdadeiramente o SUS e a legislação que trata deste, tendo ciência da realidade local, regional ou nacional da assistência à saúde.

O conselho, dessa forma, deve contar com conselheiros capacitados, detentores de conhecimento técnico acerca daquela área social em que atua, capaz de efetivamente desempenhar o papel de aproximar a gestão pública do cidadão. Só assim os objetivos idealizados para os conselhos gestores da saúde e, conseqüentemente, para o SUS serão materialmente alcançados.

Quanto à capacitação dos conselheiros, Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) questionaram estes sobre a necessidade de um treinamento técnico voltado para a atuação no conselho municipal de saúde e 85% dos entrevistados sinalizaram no sentido de achar necessário esse treinamento educacional. Esta é uma solução alternativa para a problemática dos conselheiros sem domínio de conhecimento técnico.

Complementando esta alternativa, poder-se-ia disponibilizar palestras educativas no âmbito dos conselhos, que versassem tanto sobre o papel desempenhado por estas na Administração Pública, quanto acerca das atribuições a serem cumpridas pelos conselheiros. Tais palestras teriam a finalidade de familiarizar os conselheiros com as prerrogativas e diretrizes dos conselhos, as quais, muitas das vezes, são desconhecidas por estes.

É necessário que a população esteja verdadeiramente engajada nas atribuições dos conselhos, tendo em vista que por vezes estes conselheiros estão ali apenas por indicação ou conveniência política. Por isso a capacitação e tecnicidade dos conselheiros é essencial na gestão dos conselhos de saúde, somente com organização social tais conselhos podem ver cumpridos seus objetivos. Häberle (2014) expressa que é impensável uma interpretação da Constituição sem a interferência dos cidadãos ativos, órgãos estatais ou sistema público.

Na análise em concreto dos conselhos gestores no município de Sousa-PB, Marques e Felix (2020) puderam identificar um déficit no princípio da publicidade, vez que, segundo as autoras, naquele município a população não tinha conhecimento dos conselhos existentes. Em se tratando do conselho da saúde, Marques e Felix (2020, p.215) constataram que:

Por meio do estudo, percebeu-se que o município de Sousa-PB atende à legislação federal no que concerne aos Conselhos Gestores, constando-se a existência de diversos deles no município, e que atuam nas mais variadas áreas. Estes conselhos, entretanto, deixam a desejar no quesito publicidade e conhecimento pela população. Percebeu-se que os cidadãos sousenses não conhecem a totalidade dos conselhos, sabendo da existência apenas daqueles mais conhecidos e atuantes no município, tais como o de Educação e Saúde.

Sendo assim, viu-se que o conselho de saúde, então, se destacou em decorrência da sua atuação mais efetiva no município em questão. Todavia, a ausência de publicidade e disseminação no âmbito dos conselhos é uma problemática que com veemência atinge suas atividades.

Constata-se, diante de todo o exposto, que a legislação sobre os conselhos – aqui com ênfase aos relativos à seara da saúde – é bem ampla e abrangente, buscando sempre garantir o atendimento das diretrizes constitucionais em relação ao SUS. Porém, quando do exame em concreto desses instrumentos democratizantes, foram visualizadas algumas dificuldades que, por vezes, comprometem o alcance daquilo que foi legalmente idealizado para os conselhos gestores da saúde e para o SUS.

Por isso, é importante que se tenha ampla divulgação da contribuição dos conselhos na gestão e controle das políticas públicas nacionais, a fim de se ter uma população instruída e interessada na administração dos serviços públicos. De acordo com Häberle (2014) o destinatário da norma (o cidadão) é partícipe ativo do processo de interpretação desta, vez que os cidadãos verdadeiramente vivem os comandos legais diariamente.

Apesar da democracia brasileira ser relativamente nova – contam-se 30 anos desde o processo de redemocratização – esta, mesmo com suas falhas, é eficaz e tem dado grandes passos na implementação e zelo pelo direito à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar as feições do Estado brasileiro, especialmente, quanto à implementação de políticas públicas voltadas para a saúde se perfaz em uma tarefa muito difícil, pois vários elementos, requisitos e decisões estão envolvidos na prestação destas políticas públicas.

A partir do final do século XX, com o processo de redemocratização instaurado na década de 1980 e o advento da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Brasil adota as nuances de um Estado de bem-estar social, o qual coloca o cidadão no foco das políticas desenvolvidas e assegura condições dignas de vida para estes. O país passou a desenvolver-se pautado em princípios sociais, com cerne na diminuição das desigualdades latentes assim como o enriquecimento de uma cultura política.

Nesse diapasão, assumindo um caráter programático, o Estado brasileiro se compromete a assegurar o cumprimento dos direitos fundamentais constitucionalmente estabelecidos. Por isso, coloca-se na condição de responsável pela promoção de direitos sociais através de prestações positivas, as chamadas políticas públicas.

Os conselhos de políticas públicas emergem nesse cenário de protagonismo social, buscando concretizar os vieses democráticos da descentralização política e da participação popular. Por isso, os conselhos gestores surgem com o intuito de tirar o cidadão do status de inércia, fazendo com que este verdadeiramente se envolva na coisa pública e assuma atitudes de cooperação, agregação e engajamento com as decisões relativas à gestão estatal.

O presente trabalho tratou com especial ênfase do direito à saúde, o qual encontra-se, atualmente, no foco das políticas assistencialista do país em virtude da pandemia do COVID-19 que assola o Brasil e o mundo. O direito à saúde é prestado através do Sistema Único de Saúde (SUS) e este sistema público possui como uma de suas diretrizes a participação da comunidade. Por isso, o trabalho se propôs a analisar a relação do SUS com os conselhos gestores da saúde, posto que estes atuam na inclusão do cidadão na coisa pública e são essenciais para um bom desenvolvimento da Administração Pública, principalmente em um país com dimensões territoriais tão vastas como o Brasil.

Desse modo, foi possível perceber que os conselhos de políticas públicas relacionados à saúde atuaram efetivamente na estruturação, assim como atuam na manutenção do SUS, vez que foram imprescindíveis para o seu surgimento e adaptação no Estado brasileiro.

Um dos sustentáculos do Estado Democrático brasileiro e que se perfaz no fio condutor para uma eficaz implementação das políticas públicas é o reconhecimento do

direito à saúde enquanto direito social. Ao passo que o Estado reconheceu a saúde como um direito essencial à vida humana, assentiu, também, a necessidade deste ser prestado pelos órgãos públicos, a fim de ver garantido no país condições dignas e imprescindíveis de se viver.

Diante disso, o Brasil desenvolveu e implementou um sistema de saúde público, universal, igualitário e integral responsável por assegurar o direito fundamental da saúde à todos os brasileiros. O SUS, após ser idealizado e ter suas diretrizes estabelecidas no texto constitucional, foi instituído à partir das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), a primeira delas – Lei nº 8.080/90 – dispõe em seu art. 2º: “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Os conselhos gestores da saúde atuaram nesse processo de implementação do SUS, vez que foram introduzidos no país também na década de 1990, fruto dos anseios dos mesmos movimentos sociais que deram ensejo ao SUS, tais como a Reforma Sanitária e a Frente Municipalista Nacional.

Nesse sentido, os Conselhos de Políticas Públicas da Saúde atuaram junto ao SUS desenvolvendo sua política de descentralização e disseminando o direito à saúde, assim como sua assistência e serviços. Nesse processo, o SUS foi difundido em todos os municípios brasileiros, os quais são, inclusive, responsáveis pela atenção básica de saúde.

Os Conselhos Gestores da Saúde também estão presentes nos municípios brasileiros, o país conta com 5.569 conselhos municipais de saúde (SIACS, 2021), estes são encarregados de, entre outras atribuições, aprovar o Plano Anual de Saúde, emitir parecer quanto ao Relatório Anual de Gestão, assim como deliberar sobre as políticas de saúde a serem desenvolvidas nos municípios e, ainda, aprovar e fiscalizar o repasse verbas para a saúde.

Estes Conselhos de Políticas Públicas da saúde são essenciais para a gestão do SUS, atendendo ao disposto na legislação sobre o tema. Foi possível vislumbrar que estes conselhos estão atuantes, inclusive, no enfrentamento à pandemia do COVID-19, cobrando diariamente das autoridades públicas os corretos tratamentos para prevenção e cura da doença, assim como fiscalizando e exigindo a compra de vacinas e a vacinação da população.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) atualiza diariamente sua página on-line com painéis sobre o avanço e combate à doença, tais como a quantidade e o número de casos por semana, bem como o número de óbitos ocasionados pela doença.

Esses painéis são elaborados com os dados disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Constatou-se, ainda, que por vezes os municípios e os demais entes federados atendem a legislação acerca da previsão do conselho, mas este não é efetivamente atuante, deixando a desejar em alguns quesitos, tais como publicidade, capacitação dos conselheiros e até no conhecimento pela população.

Portanto, vê-se que a legislação é clara e necessária, restando apenas uma eficaz fiscalização por parte dos entes federados e, por muitas vezes, participação ativa da população. O que se pode fazer quanto à isto, como solução para esta problemática, é a elaboração de portais on-line para os conselhos em questão, fazendo com que o acesso a estes seja mais fácil e palpável por parte da população.

A publicidade é um princípio administrativo e deve, impreterivelmente, ser cumprido pelos órgãos públicos, possibilitando a população o acesso e fiscalização dos atos públicos. Com uma maior publicidade das ações dos conselhos gestores, estes proporcionam que os cidadãos tomem conhecimento dos serviços prestados e se interessem na consecução dos mesmos.

Ademais, no que se refere à falta de capacitação dos conselheiros, seria interessante o oferecimento de cursos técnicos para os conselheiros estudarem e analisarem a legislação concernente aos conselhos, tais como a previsão constitucional, as Leis orgânicas da saúde, as Leis instituidoras de conselhos, assim como os seus Regimentos Internos.

Além disso, poderiam ser realizadas palestras educativas no âmbito dos conselhos gestores, com o intuito de trazer mais preparo técnico para os conselheiros e dar-lhes condições para o bom e correto desenvolvimento de suas atribuições. Conselheiros capacitados e ativos fazem com que o conselho atue mais efetivamente, buscando cumprir, verdadeiramente, o disposto nos documentos legais.

A pesquisa desenvolvida teve cunho exploratório, analisando textos científicos sobre o tema, assim como documentos legais concernentes à matéria. Os dados examinados puderam elucidar a realidade apontada na pesquisa, assim como ajudaram a construir um diagnóstico mais robusto acerca da temática. Viu-se, então, que os conselhos da saúde no Brasil emergem no cenário nacional junto ao SUS, o auxiliando, efetivamente, na sua estruturação e o amparando, diariamente, em sua manutenção.

Através da análise legislativa foi possível depreender que esta é vasta e clara no que se refere à interferência desses conselhos no âmbito do SUS, deixando evidente as

contribuições que um desenvolverá no outro. Por tudo isso, o trabalho atingiu os objetivos propostos, posto que conseguiu averiguar as proposições elencadas.

O SUS, apesar de ainda não ter alcançado a plenitude de seus objetivos institucionais, é efetivo no Brasil. O que se observa são falhas em sua gestão e é nesse aspecto que os conselhos de políticas públicas visam atuar, buscando cumprir os preceitos legais imbuídos.

O trabalho não se encerra aqui, a temática é muito vasta e ainda há muito que ser estudado à respeito da matéria. Entretanto, esses são os primeiros passos de um estudo que tem o intuito primordial de valorizar as políticas assistencialistas do Brasil, especialmente o SUS que em tanto contribui para o bem-estar dos cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Laína Jennifer Carvalho; JOAZEIRO, Edna Maria Goulart. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 21-44, maio 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art1.pdf. Acesso em: 8 mar. 2021.

ARISTÓTELES. **A Política**. Tradução: Nestor Silveira Chaves. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

ARRETCHE, Marta T. S.. Políticas sociais no brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Campinas, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712>. Acesso em: 22 fev. 2021.

ARRETCHE, Marta T. S.. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: **Editora FGV**; Editora Fiocruz, 2012. 232 p.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opin. Publica** vol.14 no.1 Campinas June 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762008000100002&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 22 mar. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Vinte anos da Constituição de 1988: a reconstrução democrática do Brasil. **Revista de Informação Legislativa**, v. 45, n. 179, jul./set. 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/176538> . Acesso em: 5 mar. 2021.

BERCOVICI, Gilberto. Estado Intervencionista e Constituição Social no Brasil: O Silêncio Ensurdecedor de um Diálogo entre Ausentes. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel; BINENBOJM, Gustavo. (Org.). **Vinte anos da Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5642052/mod_resource/content/1/Aula%203%20-%20Bercovici%20-%20Ausentes.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

BOBBIO, Noberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Tradução: Carmen C, Varriale *et al.*; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11a ed., 1998.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 10. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000. 616 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)**. Brasília, DF: CNS, [2021]. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html . Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1954**. Aprova o Regimento do Conselho Nacional da Saúde. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, [2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-35347-8-abril-1954-324601-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 19 mar. 2021

BRASIL. **Decreto nº 6.412, de 25 de março de 2008**. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6412.htm. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-67300-30-setembro-1970-408661-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 378, de 3 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l0378.htm. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** 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, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995.** Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9131.htm. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.488/2011, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008**. Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2008/res0407_12_09_2008.html. Acesso em: 11 abr. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 453/2012, de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BUVINICH, Danitza Passamai Rojas. O mapeamento da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública** vol. 48 nº 1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122014000100003&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 22 mar. 2021.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n. 2, p. 277-292, jan. 2002. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6439/5023> . Acesso em: 16 fev. 2021.

CALDERÓN, Adolfo Ignacio; MARIM, Vlademir. Educação e políticas públicas: os conselhos municipais em questão. **Revista TEIAS**: Rio de Janeiro, ano 3, nº 6, jul/dez 2002. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/23925>. Acesso em: 18 mar. 2021.

CODATO, Adriano Nervo. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Rev. Sociol. Polít**, Curitiba, n. 25, p. 83-106, nov. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782005000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 24 fev. 2021.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, abr. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200010. Acesso em: 10 abr. 2021.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. **Educ. rev.** nº.25 Curitiba Jan./Jun 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602005000100010&script=sci_arttext . Acesso em: 10 fev. 2021.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 abr. 2021.

COTRIM, Gilberto. **História Global: Brasil e Geral**. vol. Único. 7. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2003.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR), Brasília: 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

DRESCH, Renato Luís. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. in: SANTOS, Lenir; TERRAZ, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p. 25-57. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/FEDERALISMO-SOLIDARIO-A-RESPONSABILIDADE-DOS-ENTES-FEDERATIVOS-NA-%C3%81REA-DA-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do sus**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap. 3, p. 504. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=E1RtAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=hist%C3%B3ria+da+democracia&ots=PQ7YGj9itS&sig=fmbel-SJhULs5KzAr836tnBHwGc#v=onepage&q&f=true>. Acesso em: 02 abr. 2021.

GONH, Maria da Glória. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole n. 7**, p. 9-31, 1º sem. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/metropole/article/view/9257>. Acesso em: 19 mar. 2021.

GONH, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 1, jan./abr. 2006. Disponível em: http://www.revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6008. Acesso em: 15 mar. 2021.

GONH, Maria da Glória. Gestão Pública e os Conselhos: revisitando a participação na esfera institucional. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3** 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14931>. Acesso em: 20 fev. 2021.

HÄBERLE, Peter. Hermenêutica Constitucional - A Sociedade Aberta dos Intérpretes da Constituição: contribuição para interpretação pluralista e "procedimental" da constituição. Tradução: Gilmar Ferreira Mendes. **Direito Público**, [s. l], v. 11, n. 60, p. 25-50, nov. 2014. ISSN 2236-1766. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2353/1204>. Acesso em: 22 abr. 2021.

HERRERA, Carlos Miguel. Estado, constituição e direitos sociais. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 102, p. 371-395, dez. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67760>. Acesso em: 12 mar. 2021.

KERBAUY, Maria Teresa Miceli. Federalismo, Descentralização e Democracia. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 6, n. 10, p. 51-61, maio 2007. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/180/177>. Acesso em: 08 fev. 2021.

KLEBA, Maria Elisabeth; MATIELO, Alexandre; COMERLATTO, Dunia; RENK, Elisonia; COLLISELLI, Liane. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a22.pdf> . Acesso em: 18 mar. 2021.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13030.pdf> . Acesso em: 12 fev. 2021.

LOPES, Andrezza Teresa da Costa; ARAÚJO, Camila Alves Primo de. **Envelhecer no brasil - eu vejo o futuro repetir o passado**: a contrarreforma capciosa da previdência social brasileira e seus impactos para os segmentos em situação de exclusão social. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.

MANOROV, Maraisa; GOMES, Angela Maria; HILHESHEIM, Adriana; COLLISELLI, Liane; TOMBINI, Larissa Hermes Thomas; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. Bases legais do SUS no conselho municipal: um desafio para efetivar a gestão participativa na saúde. **Extensio**: Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis, v. 14, n. 25, p. 61, 14 jun. 2017. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n25p61>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. 311 p.

MARQUES, Jacyara Farias Souza; FELIX, Rafaela Azevedo dos Santos. Instrumentos de Participação Popular Informais: uma análise dos conselhos de políticas públicas no município de Sousa-PB: *In*: RIBEIRO, Alexsandro Teixeira (org.). **Revista Comunicação, política e atores coletivos** [recurso eletrônico] – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, p. 202-220, 2020. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/39243> . Acesso em: 12 fev. 2021.

MARTINS, Poliana Cardoso; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Farias; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Silvia Eloiza; DIAS, Glauce; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes de utopia. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, jul. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 abr. 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100077&cript=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em 26 mar. 2021.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do sus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 abr. 2021.

NORONHA, José Carvalho de; NORONHA, Gustavo Souto de; PEREIRA, Telma Ruth; COSTA, Ana Maria. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, p.2051-2059. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602051&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

NOVELINO, Marcelo. **Curso de Direito Constitucional**. 11 ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Editora JusPodivm, 2016. 888 p.

NUNES, Carine de Oliveira; CANÇADO, Airton Cardoso. Desenvolvimento local e controle social: notas sobre os conselhos gestores de políticas públicas em saúde no brasil e no tocantins. **Revista Humanidades e Inovação** v.7, n.14 – 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3496> . Acesso em: 21 mar. 2021.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, [s. l], v. 1, n. 27, p. 31-42, 2012. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>. Acesso em: 08 abr. 2021.

OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e; PEREIRA, José Roberto; OLIVEIRA, Vânia A. R. de. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. **Cad. EBAPE. BR**, vol.8, nº 3, Rio de Janeiro, Set. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512010000300004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2021.

PAIVA, Alfredo de Almeida. Regimes Políticos e Sistemas de Govêrno Contemporâneo. **Rev. Dir. Públ. e Ciência Política**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 3, p. 101-130, set./dez., 1965. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rdpcp/article/view/59676>. Acesso em: 03 fev. 2021.

PARAÍBA. **Lei nº 7.273, de 27 de dezembro de 2002**. Dá nova redação à Lei 5.563, de 31 de janeiro de 1992 e dispõe sobre o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e dá outras providências. João Pessoa, PB: Governo do Estado da Paraíba, [2021]. Disponível em: http://sapl.al.pb.leg.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/7085_texto_integral. Acesso em: 12 mar. 2021.

SANTOS, Christiane Luiza; SANTOS, Paloma Maria; PESSALI, Huascar Fialho; ROVER, Aires José. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n.

11, p. 4389-4399, nov. 2020. FapUNIFESP, (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SIMIONATTO, Ivete. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita**, Brasília: CFESS, n. 1, p. 15-20, 1997. Disponível em: https://issuu.com/cfess/docs/revistainscrita-cfess__1_. Acesso em: 24 mar. 2021.

SILVA, Cristiane Maria Costa; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, p. 2539-2550, Rio de Janeiro, agosto 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 25. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005. 460 p.

SILVA, Rodrigo Moreira da. REGIME POLÍTICO BRASILEIRO. **Estudos Eleitorais**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 55-80, jan/abr. 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/1307>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SOUSA. **Lei Complementar nº 025, de 26 de junho de 2003**. Dispõe sobre a organização do sistema municipal de defesa do consumidor – SMDC, institui a coordenadoria municipal de defesa do consumidor – PROCON, a comissão municipal permanente de normatização – CMPN, e o Conselho Municipal de Defesa do Consumidor – CONDECON, e institui o Fundo Municipal de Defesa dos Direitos Difusos – FMDD e adota outras providências. Sousa. PB: Câmara Municipal, [2003]. Disponível em: https://www.camarasousa.pb.gov.br/arquivos/393/LEIS%20COMPLEMENTARES_025%20_2003_0000001.pdf. Acesso em: 24 mar. 2021.

SOUZA, Andréia Vieira de; KRÜGER, Tânia Regina. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis e Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 80-96, jan./jun., 2010. Disponível em: <http://hijg.saude.sc.gov.br/inicio/article/view/72>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SOUZA, Francisca Regiane de. **Sistema único de saúde: a judicialização como meio para efetividade do direito à saúde**. 2016. 56 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa-PB, 2016. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/16095/1/FRANCISCA%20REGIANE%20DE%20SOUZA%20-%20TCC%20DIREITO%202016.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SOUZA, Jacyara Farias. **Os modelos federativos e a utilização dos instrumentos de participação popular como expressão da efetividade democrática: uma análise comparativa entre argentina e brasil.** 2014. 298 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito e Ciências Jurídicas e Sociais, Posgrado Em Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Del Museo Social Argentino, Buenos Aires - Argentina, 2014.

TOTORA, Silvana; CHAIA, Vera. Conselhos Municipais: descentralização, participação e limites institucionais. **Cadernos MetrÓpole** n.8, pp. 59-86, 2º sem. 2002. Disponível em: [//web.observatoriometroples.net/download/cm8_36.pdf](http://web.observatoriometroples.net/download/cm8_36.pdf). Acesso em: 12 fev. 2021.