® BuscaLegis.ccj.ufsc.Br

# A Saúde Pública no Brasil: Historicidade da Participação Popular e Evolução Jurídico-Constitucional para a Gestão de um Novo Modelo

Alexandre B. Matos*

Cleberson Williams dos Santos**

RESUMO: O artigo demonstra o direito à participação popular conforme a Carta Magna brasileira de 05 de outubro de 1988 e leis regulamentadoras de número 8080/90 e 8142/90, conhecidas como leis orgânicas da saúde. Relata os desafios para a gestão pública e o planejamento em saúde, na temática da participação popular e argumenta sobre o poder local e a capacitação dos atores sociais para exercerem o controle social na gestão pública Demonstra por fim que a gestão e planejamento de políticas públicas compreendem, hoje, as novas relações de poder em nível local, inspiradas no controle social, e exercido pelos atores integrantes dos conselhos de saúde.

PALAVRA-CHAVE. Democracia participativa; Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988, Conselho de saúde; Gestão pública da saúde.

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Abordagem histórica da participação da sociedade brasileira na concepção de políticas públicas de saúde; 3. Mudanças no sistema de saúde no Brasil 4. Um novo modelo de saúde? 5. A VIII Conferencia nacional de saúde e a universalidade da

saúde; 6. O SUS na Constituição de 1988 7. A gestão dentro de um novo modelo de saúde: 8. Considerações finais.

## 1. INTRODUÇÃO:

Neste artigo preocupou-nos demonstrar o direito à saúde como obrigação do Estado, visando externar toda sua importância na sociedade de forma eqüitativa e na seara jurídico-constitucional e suas vertentes sócio-econômicas. A Carta Magna brasileira de 05 de outubro de 1988, garante a todos os cidadãos o direito à saúde, por força de vários dispositivos constitucionais, em que estão prescritos em vários deles, que é dever do Estado garantir a todos o direito à saúde e essa como uma característica elementar para o exercício do ser humano e de indispensável relevância para a sociedade.

Dessa forma, o presente artigo enfatiza o direito à saúde como um direito fundamental social, sendo esse um dos elementos que marcam a passagem do constitucionalismo liberal para o constitucionalismo social, em que surge no texto constitucional, o direito a prestação de serviços como um dever do Estado, evidenciando dessa forma seu papel enquanto ente propiciador da liberdade humana no sentido que venha de forma positiva, garantir a eficácia do direito fundamental prestacional que é o acesso à saúde.

Tomando como base a citação (Cohn, 1996), a Constituição Federal contempla a saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso: igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos e a participação da comunidade difundida como controle social (grifo nosso), no sentido daquele controle exercido pela sociedade através dos Conselhos de Saúde.

Com a promulgação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988, ocorreu em seu bojo textual a preservação dos princípios da oitava Conferência Nacional de Saúde o que

possibilitou a abertura de discussões na arena política do Congresso Nacional, em que se deu a regulamentação das medidas constitucionais por intermédio das leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e 8.142/90 (Silva, 2001), que instruíram arranjos institucionais com vistas a propiciar a participação dos cidadãos na gestão das políticas públicas e no controle público sobre os governos no que Dagnino (2002) chamou de "encontros entre o Estado e a Sociedade civil".

Evidenciamos que o planejamento em qualquer organização pode ser definido como uma ferramenta para implementar processos de mudanças e promover o desenvolvimento institucional e percebe-se o planejamento dentro de um novo modelo de saúde em que o administrador está voltado para o planejamento de políticas públicas em saúde, devendo compreender, que esta lidando com um novo modelo de saúde para uma sociedade em constante evolução, no que confere as interações econômicas e sociais, tornando-se insuficientes às experiências acumuladas pela sociedade industrial no Estado de bem-estar.

## 2 . ABORDAGEM HISTÓRICA DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA NA CONCEPÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

A participação dos movimentos organizados surge ainda no século passado quando os movimentos trabalhistas urbanos criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais3, em relação ao governo federal, na sua organização e gestão, inclusive, da assistência médico-hospitalar.

Este é o primeiro 'embrião' significativo de controle por parte de um único segmento da sociedade, os sindicatos urbanos. Outras atividades de controle, por outros segmentos e grupos de interesses, vão se acumulando, até um segundo momento marcante, nos anos 70, quando se dá verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades

grandes, conseqüência da enorme concentração da renda e da desigualdade social da população.

A partir deste momento se desenvolve um considerável número de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e de vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive por serviços de saúde.Destaca-se o papel das igrejas na constituição dos novos movimentos que emergem na cena pública brasileira. Este novo papel decorre de uma mudança na visão eclesial sobre o modo como se dá o desenvolvimento. Esta mudança é fundamentada pela Teologia da Libertação4 e redimensiona fortemente a ação pastoral de parte da Igreja Católica e de outras Igrejas cristãs, gerando uma cultura que valoriza a "inserção" de padres, freiras e outros "agentes de pastoral" no meio do povo. Estas pessoas, inconformadas com as injustiças e 'contaminadas' pelo 'fervor' da Teologia da Libertação, dedicam-se a 'movimentar' o povo, acompanhando e apoiando o dia-a-dia de greves e ocupações, motivando e dinamizando processos organizativos de defesa e conquista de direitos.

Se os anos 70 podem ser caracterizados pela disseminação de uma multiplicidade de organizações populares "de base", nos anos 80 temos a sua articulação em federações municipais, estaduais e nacionais, entidades representativas desses movimentos, cujas expressões mais fortes são a construção da CUT (Central Única dos Trabalhadores) e do Partido dos Trabalhadores que objetivava levar a luta dos trabalhadores para o campo político.

O processo de redemocratização do país, representado pelo fim do regime autoritário e o advento da nova república, coincidem com o fortalecimento do movimento municipalista e nesse contesto se da em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), considerada como um dos grandes marcos da Reforma Sanitária Em 1987 é criado por decreto presidencial o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), concebido

pelo movimento sanitarista como base para o Sistema Único de Saúde (SUS), incorporado a Constituição Federal promulgada em 1988.

O processo constituinte, o amplo movimento de "Participação Popular na Constituinte", que elaborou emendas populares à Constituição e coletou subscrições em todo o país, marca este momento de inflexão e uma nova fase dos movimentos sociais. Momento em que as experiências da "fase" anterior, predominantemente reivindicativa, de ação direta ou "de rua", são sistematizadas e traduzidas em propostas políticas mais elaboradas e levadas aos canais institucionais conquistados, como a própria iniciativa popular de lei que permitiu as emendas constituintes.

Cabe-nos ressaltar a conquista do direito a ter direitos, do direito a participar da redefinição dos direitos e da gestão da sociedade, que culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, em seu artigo 1°, de que "Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição" (Grifo nosso), esta prevê a participação direta dos cidadãos através dos chamados institutos de democracia direta ou semi-direta como o plebiscito, o referendo, a iniciativa popular de lei, as tribunas populares, os conselhos e outros canais institucionais de participação popular.

A década de 90 foi marcada pelo avanço da política neoliberal com a proposta de redução do Estado e implantação de políticas econômicas racionalizadoras, atingindo diretamente a efetivação de políticas sociais compensatórias. Dentro desta diretriz o governo Collor impôs vetos a pontos importantes da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que previam transferência direta e automática de recursos federais aos fundos estaduais e municipais de saúde e a participação deliberativa da população no SUS, através dos conselhos de saúde.Mais uns vês a sociedade civil se mobiliza e exige o cumprimento dos pontos acordados na discussão do texto da lei. E no VII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde realizado em Fortaleza de 9 à 13 de dezembro de 1990, o ministro da Saúde, Alcemi Guerra, reconhece o erro do governo e no último dia da conferencia envia ao congresso a Lei 8142, que dispõe sobre a participação da população e a transferência de

recursos aos estados e municípios, sancionada em 28 de dezembro de 1990. Esta vitória deveu-se não só ao CONASEMS5, mas também a articulação de mais de duas centenas de entidades da sociedade civil, fórum que ficou conhecido como Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (Silva, 2001).

Desde a década de 1990, os órgãos colegiados que ensejam a participação popular na gestão de políticas públicas - os Conselhos - têm conhecido uma expansão numérica em todas as esferas de governo e, particularmente, na esfera municipal, O quadro atual relativamente ao grande número de órgãos colegiados instituídos nos governos locais responde, em parte, a uma série de dispositivos legais. O arcabouço legal, a própria democratização do País, aliados a um certo descrédito nas formas de representação tradicionais e/ou a crença de que estas representações são insuficientes, criaram as condições para a constituição de numerosos Conselhos Municipais a partir da última década. No Gráfico 01, referente ao ano de 2001, podemos observar o panorama da institucionalização atual dos Conselhos Municipais no Brasil em vista de seu potencial para o processo de democratização das políticas públicas no País.

A descentralização e desconcentração6, das políticas de Saúde no âmbito da Reforma Sanitária ocorreram no País a partir da década de 1990 marcada pela difusão dos Conselhos nas três esferas de governo instituídos pela lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a criação dos mesmos é condição legal para o repasse de recursos de outras esferas de governo.

Em 2001, os Conselhos de Saúde estavam instituídos em 97,6% dos municípios brasileiros. Em 98,7% dos municípios onde estavam instituídos, os Conselhos de Saúde realizaram reuniões naquele ano. A grande maioria dos municípios informou que as reuniões destes Conselhos foram “muito freqüentes” (69,7%) ou “freqüentes” (17,6%), mas, em 10,3% dos municípios estas reuniões ocorreram de forma irregular. Estes dados indicam que, embora a maioria dos Conselhos Municipais de Saúde esteja efetivamente funcionando, é significativo o percentual de Conselhos que parecem estar constituídos apenas para cumprir um dispositivo legal (IBGE, 2002).

Gráfico 01: Percentual de Municípios no Brasil, que têm Conselhos Municipais, por área de atuação dos Conselhos – 2001.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - 2001.

## 3 - MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Para termos uma idéia que nos leve a conhecer a administração pública de saúde e suas mudanças devemos enfatizar primeiramente o modelo médico-privatista que se concretizou no Brasil nas décadas de 70 e 80, sendo que esse modelo apresentava a seguinte a seguinte contradição: havia a medicina curativa privada através do Ministério da Previdência e Assistência Social, através do seu Instituto Nacional de Previdência Social posteriormente Instituto Nacional de assistência médico previdenciária que se orientava pela lógica dos lucros, seus serviços médicos eram propostos e constituídos em função do mercado deixando de lado as necessidades da população e a medicina preventiva pública através do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, sendo que a organização e financiamento por parte da União nas esferas: Federal e Estadual que se voltaram para ações basicamente de cura, aos municípios coube apenas as ações residuais, ou seja, os pronto-socorros.

Essa dicotomia só foi "solucionada" com a promulgação da Lei 6.229/757, que criou o Sistema Nacional de Saúde, que veio a demarcou dois campos de atuação do setor público de saúde do País, sendo que o Ministério da Saúde ficou responsável pela promoção de ações que eram voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, e ao

Ministério da Previdência e Assistência Social coube o atendimento médico assistencial individualizado. Essa medida de fato não alterou o modelo assistencial hegemônico no País, apenas apontou que seria necessário que os componentes do sistema se articulassem entre si. Essa articulação se consolidou com a proposta do Sistema Nacional de Saúde que montou duas redes autônomas e complementares para a prestação de serviços, a médico-sanitária que ficou sob o controle do setor público e a médico hospitalar que ficou sob a gerencia dos setores público e privado.Esse modelo médico-privatista começou a se esgotar no final da década de 70, devido o montante de recursos que o governo despendia na política de assistência médica previdenciária que crescera desordenadamente, devido à falta de critérios para a compra dos serviços privados se tornou incompatível com a tentativa de uma ação que viesse a racionalizar o caráter duplo do modelo que vigorava. E também com as crises fiscais e econômicas houve uma contenção nos gastos que vieram a impor a contenção de gastos na Previdência Social e a diminuição no repasse de recursos ao setor privado (Braga&Paula, 1981).

## 4 - UM NOVO MODELO DE SAÚDE?

No Início da década de 80, com a realização da VII Conferencia Nacional de Saúde, começava a se delinear um modelo contra-hegemônico que veio a inaugurar uma nova etapa no setor, que veio a receber inspirações dos movimentos reformistas sanitários de outros países, como a Itália e Cuba. E uma das idéias principais a ser considerada foi a descentralização que foi percebida modelo italiano e que viria a ser um dos princípios vitais do reordenamento do modelo assistencial brasileiro (Braga &Paula, 1981)

Uma das tentativas inicias de reorientar a assistência médica previdenciária, indicando a alocação de recursos, principalmente os financeiros e a proposição de medidas que viessem a avaliar o controle do sistema de atenção médica foi estabelecido no ano de 1981 com o Decreto nº 86.329, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária que tinha o objetivo a reunião de representantes de vários ministérios e sindicatos patronais e

trabalhistas para que viessem a estabelecer diretrizes gerais para que a assistência médica fosse mais eficaz e eficiente. Esse movimento sanitarista que apesar de marginal na gestão de políticas de saúde, possuía projetos comprometidos com um novo pensar, enfatizando a saúde como um direito inalienável do cidadão e essa idéia atingiram com o passar do tempo o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades que já entendiam como indispensável que tal mudança viesse a ocorrer. Sendo que o acesso à saúde deveria ser universal e eqüitativo o que veio contrariar o modelo hegemônico.

A criação do CONASP8 se deu no ano de 1983 com a criação do Programa de Ações Integrada de Saúde (PAIS), que visava a universalização do atendimento e acesso da população aos serviços de diferentes níveis, e esse programa foi implementado mediante convênios interinstitucionais entre o INAMPS/MPAS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e no ano de 1984 foram incorporados ao programa os Ministérios da Saúde e da Educação como instâncias gestoras em cada níveis do governo. Os Estados e Municípios passaram a incorporar aos seus próprios equipamentos, a prestação de atendimento médico.

## 5 - A VIII CONFERENCIA DE SAÚDE E A UNIVERSALIDADADE DA SAÚDE

No ano de 1986 no Distrito Federal onde ocorreu a VIII Conferência Nacional de saúde estabeleceu-se um marco importantíssimo no processo, visto que foram estruturadas três grandes idéias como: a saúde foi entendida como um direito civil, houve à necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e maiores financiamentos para o setor. No Relatório final da Conferência foram reafirmados o direito universal à saúde e a idéia de que a saúde individual é assunto de interesse coletivo e dever do Estado e ainda foi defendida a idéia de se criar um Sistema Único de Saúde com um único comando em níveis de governo.

Após a VIII Conferencia Nacional de Saúde foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária que realizaram intensos debates sobre a reforma no sistema de saúde e

ainda influenciou a criação do programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e a elaboração da Constituição brasileira.

Os governadores estaduais e seus secretários de saúde reunidos no Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde se transformariam em interlocutores oficiais do governo federal, pois tinham a expectativa de serem gerenciadores da massa de recursos devido a atribuição dos Estados em controlar a compra de serviços de assistência médica. Nesse contexto o INAMPS e o setor privado perdiam espaço, devido o momento de transição política que o País estava a passar e o que era oposto ao poder centralizador do Estado autoritário e excludente era bem aceito.

E essa mudança levou a direção do INAMPS e MPAS a se comprometerem com o movimento sanitário e de acordo com o Ministério da Saúde, deu-se o processo de mudança no modelo de saúde no País por meio da reformulação do Convênio das Ações Integradas de Saúde. Evidenciado que esse convênio transferiu para os Estados parte do poder de decidir, até então centralizado no governo Federal. Sendo que através do Decreto nº 94.657/06/1987 criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que passou a instituir o planejamento ascendente a partir do município até o nível federal, sendo que cabia ao ultimo a o planejamento da política nacional de saúde, sendo que as comissões interinstitucionais passavam a ter a responsabilidade de coordenar e acompanhar a execução dos planos de saúde em níveis respectivos.

O SUDS veio consolidar o modelo colegiado de gestão e incorporou nos estados a prestação de assistência médica, e também propôs que os níveis de governo tivessem suas funções redefinidas para a gestão da saúde como planejamento e operacionalização, sendo que cada nível correspondia uma instância colegiada, interinstitucional, responsabilizada para coordenar a formulação e a execução de seus planos de saúde -Essas inter-relações entre esses níveis seriam alcançadas pelo aperfeiçoamento da programação e orçamentação integrada (POI) 9, e ao INAMPS como órgão federal e co-finaciador das ações e serviços de saúde, coube a função de avaliar a eficácia e a execução dos planos de saúde (FUNDAP, 1988).

Os reformistas perceberam uma certa contradição que estava ocasionando a maior dificuldade para que se implantasse a transformação do modelo anterior, contradição essa manifestada nos recursos que se destinavam ao SUDS eram provenientes da contribuição previdenciária, continuavam centralizados sob a gestão federal no INAMPS que continuava a evidenciar o caráter racionalizador da proposta.

No decorrer do ano de 1988 foi observado pelo poder Executivo federal um retrocesso na descentralização ocasionada pelo estrangulamento financeiro ocasionado pelos atrasos nos pagamentos e desatualização do valor dos recursos federais, que possibilitaram questionamentos sobre a estratégias e implementação do SUDS por não terem conseguido configurar um modelo mais uniforme nos Estados e que ao terem alterado a forma de repasse de recursos financeiros.

## 6 - O SUS NA COSTITUIÇÃO DE 1988

A Carta Magna de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde10, resultante da luta de inúmeros setores da sociedade brasileira que imaginavam uma política de saúde que fosse mais justa. Esse fato se deu por mais de uma década sendo que o SUDS foi estratégico, pois anulou o INAMPS como órgão que definia a política de saúde. O SUDS teve seus princípios aderidos pelos SUS que acentuou as diferenças com o modelo médico-privatista, passando a saúde a ser um direito de todos e dever do estado que seria garantido por políticas sociais e econômicas com a intenção de redução de riscos à doenças e possibilidade de um acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção da saúde11.

O modelo de saúde hegemônico passou a ter um caráter público, e ao setor privado ficou como serviço complementar12 ao SUS.

O Sistema de Saúde passou a ser uma rede regionalizada e hierarquizada integrando as ações e serviços públicos de saúde obedecendo às diretrizes como: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistências e participação da comunidade13. A CF/88 definiu uma nova forma de organização dos serviços de Saúde que se baseia na gestão única em cada esfera de governo diferenciando do modelo do SUDS que se dava pelos colegiados interinstitucionais. O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080/19/12/1990 e apresentou alterações em relação ao projeto original: a questão do financiamento do SUS não foi resolvida, não foram definidas as fontes estáveis disponíveis em volume suficiente para financiar um atendimento à saúde que deveria ser equânime e integral.

No Governo do Presidente Collor de Mello, o movimento de descentralização sofreu uma reviravolta, ocasionada pela retomada das regionais do INAMPS. O ministro Alcenir Guerra as recriou com um novo rótulo denominado de Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle (portaria INAMPS nº 250, publicada no DOU, 12/03/1990) e também houve o pensamento de se fazer um concurso público para prover o cargo de Diretor de Hospital e de Postos de Assistência Médica do INAMPS, atitude esta que desconsiderava a estadualização desses equipamentos.

O Governo Federal no momento em que era negociada a regulamentação do SUS com a Lei Orgânica da Saúde, elaborou a Norma Operacional Básica nº 1 (NOB nº1) de 199114 e essa norma apresentava a lógica do pagamento por produção a todos os prestadores de serviços, inclusive os de caráter público. Essa relação era contrária ao que rezava o SUDS que visava uma relação de parceria e no SUS o que se elencou foi a relação de compra, significando um retrocesso há visto a restauração dos traços do modelo privatista que outrora era hegemônico.

No ano de 1992 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde e os reformistas adotaram a idéia de que o município era o caminho sendo que passaram a considerar a municipalização o meio de contemplar a transformação.

Segundo COHN (1996) com o Impeachment do Presidente Collor de Mello, houve interesse em se resgatar o modelo real do SUS que veio a ser estabelecido pelo ministro da saúde Jamil Haddad e assessorado por reformistas que defendiam a municipalização. Sendo que o ministro estabeleceu norma e procedimentos para realmente regulamentar a descentralização. Então foi criada a Norma Operacional Básica – SUS 1/93 intitulada como descentralização das ações e serviços de saúde, a ousadia de cumprir e fazer cumpir a lei, o que possibilitaria um modelo de assistência integral, universal, equânime, regionalizado e hierarquizado em cada esfera do governo em todos os pontos do sistema, sendo sua aprovação dada pelo Conselho Nacional de Saúde em 15/04/93 o que devolveu ao cenário a lógica do SUS o tornando permeável ao controle social. Houve a reiteração do papel dos Conselhos de saúde que já eram previstos na Lei nº 8.142, de 28/12/90, e também surgiram às comissões de intergestores, no estado que seriam os foros de negociação e deliberação, ou seja, os responsáveis pelo gerenciamento do processo. Essa comissão era bipartide composta paritariamente por dirigentes da secretaria de estado da saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde do estado.

Verificou-se a diferenças de estágios de desenvolvimento e de gestão dos sistemas de saúde em que se encontravam os municípios, foram estabelecidas pelo ministério três fases de classificação: a fase de gestão semiplena, fase de gestão parcial e fase de gestão incipiente do sistema local de saúde.(tipificação de acordo com a NOB-SUS-1/93)15. Essa classificação possibilitou que o próprio município avaliasse o a gestão em que se encontrava, e optasse por um dos tipos que melhor o definisse e essa avaliação deveria de encaminhada para a Comissão de intergestores bipartide de cada estado. Com o aparecimento da Norma Operacional Básica de 1996, outros avanços ocorreram, porém mais uma vez a sua implantação não se realizou. Os entes municipais passaram a ter de fato o poder de fazer valer seu direito de gestor do sistema local de saúde que lhe foi garantido pela Carta Magna de 1988.

## 7 – A GESTÃO DENTRO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE:

O administrador voltado para o planejamento de políticas públicas em saúde, deve compreender, que esta lidando com um novo modelo de saúde para uma sociedade em constante evolução no que confere as interações econômicas e sociais, tornando-se insuficientes às experiências acumuladas pela sociedade industrial no Estado de bem-estar. Sua gestão deve abranger o conceito da totalidade, em que, as políticas sociais interagem convergindo na construção de uma comunidade saudável, detentora de índices aceitáveis na geração de emprego-renda, educação, segurança e saneamento, fatores intimamente associados à saúde individual.

Em conformidade com esse novo paradigma, compete ao gestor a visão de saúde integral e com equidade, em que o modelo econômico se subordine a saúde como um bem maior, que deve ser compartilhado pela coletividade. No ambiente político, a capacitação dos vários seguimentos sociais ligados ao sistema a exercerem o direito de opinarem e decidirem as diretrizes da área de saúde, se constitui em importante estratégia democrática, orientada pelo conceito de biopolítica16 que incorpora o modelo de gestão participativa, (Rocha, 1998).

Neste cenário de exíguos recursos, enorme pressão social e mudanças substanciais nas estruturas socioeconômicas do país. Cabe ao administrador que planeja a saúde a internalização do conceito de cultura de mudança e inovação (Chiavenato, 1994), que representa em síntese, a capacidade e a coragem de ousar, de fazer diferente, de construir o novo modelo de saúde pública, que atenda aos anseios e necessidades da sociedade brasileira.

## 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O presente artigo dentro de suas limitações se propôs em de demonstrar a participação popular nas políticas públicas e planejamento com ênfase na saúde e suas respectivas conseqüências na sociedade. Sendo que a participação popular é um direito social conforme versa o artigo 198 III CF/88 da Constituição Federal, caracterizando a participação popular como um princípio de justiça social.

Tomando por base os conselhos de saúde, pode-se perceber que a participação da sociedade na elaboração dos planos de saúde tem sido positiva, caracterizando que esses conselhos são utilizados como instrumento de participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de tutelar seus interesses, pois entendemos que na atualidade a saúde se constitui em um problema, cuja solução não se restringe a um único agente.

Nosso país constitui-se em Estado democrático de direito em que o poder emana de todos os indivíduos, tomados um a um, os quais possuem o direito de participar livremente na tomada das decisões coletivas. Sendo que Bobbio (1992) enfatiza que a soberania repousa nos cidadãos e não no povo, e dessa forma a democracia é a sociedade dos cidadãos e os súditos se tornam cidadãos quando lhes são reconhecidos alguns direitos fundamentais.

Compreende-se que a participação popular na construção do Sistema Único de Saúde se deu ao longo do tempo, em um processo de constante conflito de interesses, posto que, vivemos em uma sociedade pluralista, com valores éticos diferenciados, e profundas desigualdades econômicas e sociais. Capacitar os atores envolvidos (alta cúpula de gestão, profissionais de saúde e representantes da comunidade) para exercerem plenamente suas atribuições nos conselhos, constitui-se em exigência de nivelamento, eliminando as lacunas tecno-socio-culturais, como premissa fundamental para consolidar este novo modelo de gestão participativa, que segundo a Organização Mundial de Saúde, é dos mais avançados do mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARRETCHE, Marta. O SUS e a municipalização da política nacional de atenção à saúde.In: _____ Estado Federativo e políticas sociais: Determinantes da descentralização. São Paulo: FAPESP, 2000.p.197-239.

BOBBIO, Norberto. A era dos direito. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BRAGA, J.C de S e PAULA, S. DE. Saúde e previdência, Estudos de política Social. São Paulo, CEBES/HUCITEC 1981.

BRASIL.Constituição da República Federativa do Brasil (1988), 30º ed.atual. e ampl.-São Paulo: Saraiva, 2002.

IBGE. Perfil dos municípios brasileiros: gestão pública 2001 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de empresas: uma abordagem contigencial – 3. ed. – São Paulo: Makrom Books, 1994.

COHN, Amélia; ELIAS Paulo. Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços. São Paulo, Cortez, 1996.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p.13.

FUNDAP. Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde.Documentos de Trabalho, nº 24.São Paulo, Fundap, 1988.

SILVA, Silvio Fernandes da. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas – São Paulo: Hucitec, 2001.

TEIXEIRA, Elizabeth. As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa. 6. ed. Belém-PA: UNAMA, 2003.

NOTAS

* O presente artigo é resultado de investigações preliminares desenvolvidas no âmbito da pesquisa A Capacidade de Gestão das Prefeituras frente à Municipalização dos Serviços Públicos de Saúde realizada no CEAC/UNAMA coordenada pelos Prof. Dr. Armin Mathis.e Prof. Ms Milton Farias. Conta com financiamento da Fundação Instituto para o Desenvolvimento da Amazônia – FIDESA a quem agradecemos.

3 Entidade sindical reconhecida legalmente como representante de categoria econômica.

4 O eixo da teologia da libertação é a figura do Cristo libertador, que veio libertar os homens não apenas do pecado, mas também de todas as suas conseqüências, inclusive as injustiças sociais. Seu método hermenêutico deixa de lado as categorias idealistas tradicionais e emprega categorias históricas. Entre os principais teólogos que a iniciaram e desenvolveram, citem-se Gustavo Gutiérrez, Hugo Assmann, Leonardo Boff, J. L. Segundo, Porfírio, Miranda, José M. Bonino, J. B. Libânio, Segundo Galilea, Eduardo Pironio e A. López Trujillo.

5 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

6 Processo que visa aproximar fisicamente as autoridades governamentais do público que têm de atender. As atribuições a cargo das unidades desconcentradas variam em função dos esquemas de delegação adotados, abrangendo o atendimento à população local, recebimento de pedidos, queixas, sugestões, bem como a execução ou fiscalização de alguns serviços públicos.

7 Segundo Donnangelo (1982) A Lei do Sistema Nacional de Saúde em si não representa alterações substantivas no campo, mas é a primeira alteração legal das práticas sanitárias. Nesse sentido, essa lei tem um peso político muito substantivo. Ela não fez grades alterações no sistema sanitário brasileiro, mas altera os setores, acaba ganhando peso político e acaba, de certo modo, abrindo o espaço político necessário para a reforma de saúde pública.

8 Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.

9 Era o instrumento de planejamento integrado e de articulação entre os níveis, considerados os órgãos colegiados aos quais, de fato, cabia a gestão de saúde em cada nível de governo.

10 O sistema único de saúde, integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre o seu dever na relação jurídica de saúde que tem no pólo ativo qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito e à proteção da saúde é também um direito coletivo.O SUS rege-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social-pessoal, de um lado, e de direito social-coletivo do outro.O sistema é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios.A EC-29/2000, dando nova redação ao

art.198 da CF/88, previu que essas entidades apliquem, anualmente, em ações e serviços de saúde pública os recursos de produto de suas arrecadações tributárias e de transferências em percentagens e critérios estabelecidos em lei complementar, mas o art.77 do ADCT, acrescido pela mesma Emenda, já estabelece o percentual de 5% para a União,12% para os Estados e 15% para os Municípios e o Distrito Federal.(Silva, 2001).

11 Constituição Federal de 1988, artigos 197 e 199.

12 Constituição Federal de 1988, artigo 198.

13 Constituição Federal de 1998, artigo 198.

14 Essa Norma Operacional Básica teve como característica a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica, mas introduziu também o relacionamento direito com o Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde através de convênios de municipalização, estimulando a disseminação dos requisitos – Fundo e Conselho Municipais de Saúde previstos para repasse de recursos financeiros na Lei 8.142/90.(MEDICI-2000).

15 A NOB 01/96 foi resultado de um intenso processo de negociações. Durante o governo Collor, o movimento sanitarista manifestava sua insatisfação quando à lentidão no processo de implementação do SUS e demandava a realização da IX Conferencia Nacional de Saúde, legalmente prevista. Esta se realizou em agosto de 1992, após a substituição do Ministério da Saúde e expressou fortemente a crítica a insipiência do processo de descentralização. Já no governo Itamar Franco, os debates da IX Conferência traduzindo-se no documento oficial "Descentralizações das Ações de Serviços de Saúde - A ousadia de Cumprir e fazer cumprir a Lei, de janeiro de 1993 (ARRETCHE, 2000)".

16 Ver Foucault., M. Historia de la medicalización. Educ. Med. Salud, 11(1), 1977.

*Aluno do 4º ano do Curso de Administração da UNAMA, Pesquisador bolsista em Iniciação Científica. Administrador

admmatos@yahoo.com.br

**Graduado em Nutrição pela UFPA e Acadêmico do 4º ano do Curso de Direito da UNAMA, Pesquisador bolsista em Iniciação Científica.

Disponível em: < http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=243&idAreaSel=7&seeArt=yes >. Acesso em: 03 dez. 2007.