



DIREITOS HUMANOS E O DIREITO À VIDA E À SAÚDE. BASES REFLEXIVAS PARA O DEBATE DO CONTROLE SOCIAL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

Luciano Mamede de Freitas Junior¹
Cássius Guimarães Chai²

RESUMO

Dentro do processo democrático faz-se mister as reais chances de participação no processo deliberativo e no direito de escolha dentro da perspectiva do controle social. O controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos relacionados ao planejamento, execução e financiamento do SUS, funcionando como garantia de direitos humanos? A pandemia da COVID-19 tornou-se uma dupla ameaça à Agenda 2030 tendo impacto sobre os países em desenvolvimento, dificultando o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); e destacando a vulnerabilidade da governança global e o atual sistema. O trabalho propõe analisar o controle social em saúde como instrumento de direitos humanos pré e pós-pandemia sob a ótica jurídica, do planejamento e da execução do SUS; discutindo o cumprimento das diretrizes normativas no enfrentamento da pandemia da COVID-19 por parte da gestão sob a perspectiva do controle social; e, investigando a execução da política de saúde frente às necessidades da sociedade e da garantia do direito à saúde. Realizou-se uma revisão de pesquisas localizadas segundo as etapas metodológicas propostas pelo *Preferred Report Items for Systematics Reviews and Meta Analyses-PRISMA*, em bases de dados definidas para as buscas, quais foram: PubMed e BVS, além da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e, análise dos dados de financiamento da saúde na pandemia da COVID-19. Foram selecionados os seguintes descritores: “controle social”, “COVID-19”, “pandemia”, “participação popular”, “conselhos de saúde” e “direito à saúde”, “direitos humanos” para a pesquisa de publicações realizadas entre 1980 e 2022. A análise dos resultados demonstra que as normas constitucionais e infraconstitucionais são importantes ferramentas jurídicas na garantia da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, nas quais o acompanhamento e a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos destinados às políticas sociais, que estão sendo

¹ Doutor em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Mestrando em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Email: luciano_mamede@yahoo.com.br

² Pós-Doutor (FDV, 2020). Pós-Doutor (CEU, 2007). Doutor em Direito Constitucional pela Universidade Federal de Minas Gerais e Cardozo School of Law; Professor Associado da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR-UFMA) e (PPGAERO-UFMA), e Professor Permanente da Faculdade de Direito de Vitória (PPGD/FDV), Mestrado e doutorado em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória. E-mail: cassiuschai@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-5893-3901>





descentralizados para os estados e municípios através de fundos específicos, são de grande importância para que estes sejam gastos com o atendimento às demandas reais da maioria da população e não fiquem à mercê dos interesses clientelistas, privatistas e/ou de foros eleitoreiros, priorizando o direito social à proteção à saúde, o qual se configura como condição fundamental para a garantia do direito à vida, fundamento dos direitos humanos, principalmente em tempos de pandemia.

Palavras-chaves: Conselhos de Saúde. Controle Social. COVID-19. Direitos Fundamentais. Participação Popular.

HUMAN RIGHTS, AND THE RIGHT TO LIFE AND HEALTH. REFLECTIVE BASES FOR THE DEBATE ON SOCIAL CONTROL IN THE COVID-19 PANDEMIC CHALLENGING

ABSTRACT

Within the democratic process, real chances of participation in the deliberative process and the right to choose within the perspective of social control are essential. Does the social control of the Unified Health System (SUS) act in formulating strategies and controlling the execution of the health policy, including aspects related to the planning, execution, and financing of the SUS, functioning as a guarantee of human rights? The COVID-19 pandemic has become a double threat to the 2030 Agenda, impacting developing countries, making it difficult to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs), and highlighting the vulnerability of global governance and the current system. The work proposes to analyze social control in health as an instrument of pre- and post-pandemic human rights from the perspective of legal, planning and execution of the SUS; discussing compliance with normative guidelines in coping with the COVID-19 pandemic by management from the perspective of social control; and, investigating the implementation of the health policy given the needs of society and the guarantee of the right to health. A review of localized research was carried out according to the methodological steps proposed by the Preferred Report Items for Systematics Reviews and Meta Analyzes-PRISMA in databases defined for the searches, which were: PubMed and BVS, in addition to the Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) and the Theses Bank of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES); and, analysis of health financing data in the COVID-19 pandemic. The following descriptors were selected: “social control,” “COVID-19”, “pandemic,” “popular participation,” “health councils,” “right to health,” and “human rights” for the search for publications carried out between 1980 and 2022. The analysis of the results shows that constitutional and infra-constitutional norms are essential legal tools in guaranteeing community participation in the management of the SUS and in intergovernmental transfers of financial resources in the area of health, in which the monitoring and involvement of society in defining the allocation of resources for social policies, which are being decentralized to states and municipalities through specific funds, are of great importance so that these are spent on meeting the genuine demands of the majority of the population and are not at the mercy of clientelist, privatist or private interests. or electoral forums, prioritizing the social right to health protection, which is configured





as a fundamental condition for guaranteeing the right to life, the foundation of human rights, especially in times of pandemic.

Keywords: Health Councils. Social Control. COVID-19. Fundamental rights. Popular participation.

1. INTRODUÇÃO

O direito humano à saúde possui características próprias que se coadunam com o definido na égide do princípio da dignidade da pessoa humana. Dentre essas, é direito universal para todas as pessoas, é integral, na medida em que afirma que a saúde é qualidade de vida e bem-estar, e é interdependente, pois se realiza multidimensionalmente com outros direitos. A perspectiva dos direitos humanos como via inegociável do respeito à dignidade da pessoa humana precisa ser resgatada como patamar comum de diálogo e luta, e, neste âmbito, está o direito humano à saúde como uma dimensão dos direitos humanos imprescindíveis à própria dignidade humana.

A democracia deliberativa e a contemporânea participação socioinstitucional e individual são vetores necessários a serem acolhidos como esteio estruturante, não apenas das condições discursivas, mas dos arranjos institucionais que permitam densificar no plano da práxis cotidiana o cumprimento dos princípios constitucionais de dignidade, de transparência, de eficiência e de efetiva inclusão social e responsabilidades compartilhadas, decorrentes da forma de estado federativo e republicano, afastando a ideia iconográfica de povo e de uma democracia representativa meramente cartesiana (CHAI et al., 2016).

A conexão entre o direito à saúde ao meta-princípio da dignidade da pessoa humana reside no fato de que a dignidade do homem enquanto pessoa é também cristalizada pela proteção da saúde individual e coletiva; posto que, o direito à saúde congrega e intersecciona vários outros direitos humanos em uma rede de codependência, de implicações e mútua determinância social, tais como o direito à vida, ao trabalho, ao ócio e ao lazer, à uma alimentação digna etc.

Trata-se de uma revisão bibliográfica e documental, por método descritivo exploratório, visando a um aprofundamento teórico para a efetivação do esclarecimento dos motivos da análise. O acesso à bibliografia foi realizado pelos modos manual e eletrônico, quando fora realizada uma triagem de pesquisas localizadas segundo as etapas metodológicas propostas pelo *Preferred Report Items for Systematics Reviews and Meta Analyses- PRISMA*.

Como estratégia de busca e fontes de informação, foram localizados os descritores nas plataformas DECs e MeSH. No DECs e selecionados os seguintes descritores: “controle social”, “COVID-19”, “pandemia”, “participação popular”, “conselhos de saúde” e “direito à saúde”, “direitos humanos”.

No MeSH, foram adotados os descritores Public Ministry, Social Control, Social Participation, Health Councils, Health Rights and Human Rights. As bases de dados definidas para as buscas foram: PubMed e BVS, além da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a seleção dos trabalhos foi realizada a leitura dos resumos encontrados e, como



critério de elegibilidade, utilizaram-se os trabalhos que apresentaram problemáticas relacionadas ao assunto desta investigação, ou seja, com o objetivo de avaliar o controle social em saúde como instrumento de direitos humanos pré e pós-pandemia sob a ótica regulamentar (legal), do planejamento e da execução do SUS.

Foram excluídos os textos que abordaram os conselhos de saúde ou o controle social, que não continham a perspectiva da relação dialógica interinstitucional na pesquisa, para além de resultados de discussão de políticas públicas sanitárias com ações e estratégias táticas jurídicas. A seleção dos estudos que cumpriram com os critérios de elegibilidade e compuseram, em fase posterior essa revisão, foi realizada através da leitura e análise crítica dos resumos. Como estratégia de controle de viés entre os estudos foi procedida busca de pesquisas ainda não publicadas em revistas ou periódicos científicos, com o objetivo de obter um panorama geral das temáticas abordadas nesses no exercício do controle social no SUS.

Por meio da apropriação dos conceitos, buscou-se uma reflexão das determinações dos conteúdos presentes na concepção, objetivando a superação de posturas metodológicas rígidas, demarcando a análise em diversas variáveis contextuais (jurídicas, sociais, econômicas e políticas), a fim de que se evitassem considerações maniqueístas e sem objetivação científica e se conseguisse empreender uma investigação socialmente situada.

2. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, OS DIREITOS HUMANOS E O DIREITO À VIDA

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca, inseparável de todo e qualquer ser humano, sendo característica que o define como tal. O ser humano é titular de direitos que devem ser respeitados pelo Estado e por seus semelhantes, tão somente, em razão de sua condição humana e independentemente de qualquer outra particularidade. É, pois, um predicado tido como inerente a todos os seres humanos e configura-se como um valor próprio que o identifica (SARLET, 2002).

Segundo a etimologia, a palavra “dignidade” provém do latim *dignitas*, uma virtude que expressa o valor pertencente ao ser humano. A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos (MORAES, 2002).

A dignidade consta no corpo de diversos tratados como elemento constitutivo de direitos fundamentais variados, como a propriedade (Declaração Americana de Direitos e Deveres do homem de 1948), a vida, integridade física e honra (Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969), educação (Pacto de San Salvador de 1988) e direitos variados de grupos em condições de vulnerabilidades de sociais de gênero, de etnia, de cultura e de religião, como a mulher (Convenção de Belém do Pará de 1994) e dos indígenas (Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas) (LEGALE et al., 2017).

Os direitos civis, econômicos, políticos, sociais e culturais são englobados pelos Direitos humanos na sua indefectível relação de conteúdo e continente. Por meio de tratados e



declarações abarcados pelo direito internacional, esses direitos foram *ressignificados* no final dos anos 40, mais precisamente em 1948, quando a Organização das Nações Unidas (ONU), pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, concede visibilidade a eles, ressaltando nesses documentos um pré-requisito para a saúde e o bem-estar, qual seja, a importância da promoção e proteção dos direitos humanos (COGO et al., 2020).

O princípio da dignidade da pessoa humana é regente e norteador de todo sistema de direitos humanos, no sentido de que estes devem propiciar o desenvolvimento da personalidade de cada um, nos diferentes contextos sociais (VENTURA, 2010). No Direito Constitucional, consolidou-se como o princípio fundamental dos ordenamentos jurídicos ocidentais contemporâneos, que confere unidade aos direitos fundamentais. Tornou-se uma espécie de vedete argumentativa direta ou indireta da fundamentação das decisões de Cortes Constitucionais como se constata em diversos estudos de direito comparado (LEGALE et al., 2017).

A doutrina dos direitos humanos atualmente vigente e o atual estágio de investigação correlata já viabilizam o exercício minimamente satisfatório das posições jurídicas respectivas, restando, todavia, a importante tarefa de alargamento de seu rol, seja considerando parâmetros de sujeitos, tempo e espaço, que guardem respeito à natureza do bem ou interesse a ser protegido (TRINDADE, 2021). As expressões “direitos humanos” e “direitos fundamentais” são, não raro, usadas como sinônimas. Nada obstante, a doutrina se tem definido no sentido de utilizar a expressão direitos humanos para aludir àquelas posições jurídicas consagradas em documentos internacionais e utilizar a expressão direitos fundamentais para aludir àqueles direitos humanos garantidos pelos sistemas normativos nacionais em certos limites de tempo e de espaço. Aos direitos fundamentais dizem respeito ao universo de direitos humanos reconhecidos e garantidos pelo sistema jurídico vigente em determinados limites de tempo e espaço (CHAI et al., 2016).

O conceito de pessoa e o direito à vida são essenciais para explicitar a concepção de direitos humanos e a internacionalização dos mesmos e, portanto, para consagrar a dimensão da dignidade da pessoa humana. O valor da humanidade transcende os aspectos racionais para incluir a inteligência, comunicação, sensibilidade, sentimentos, características e outros traços igualmente inerentes à natureza humana. A inviolabilidade de sua dignidade impõe o respeito dos direitos à vida, à igualdade, à integridade física e à integridade moral ou psíquica, mas requer mais do que isso (LEGALE et al., 2017).

Embora o processo de positivação das declarações de direitos não desempenhe uma função estabilizadora, a tutela do direito à saúde é um dos tantos desafios que estão postos diante da humanidade nos tempos hodiernos (PIOVENSAN, 1999). Sua efetividade não é apenas uma exigência formal positivada em textos jurídicos constitucionais ou internacionais. O respeito ao ser humano como valor-fonte de toda a ordem jurídica é um postulado humanista. Ademais, para muito além disso, a saúde é imprescindível para uma vida digna e traduz uma exigência ética humana (OLIVEIRA et al., 2020).

Desta forma, ao abrigo do direito internacional dos direitos humanos, os estados desenvolvidos têm algumas responsabilidades para a realização do direito à saúde nos países pobres. Fundamentalmente porque o direito à saúde dá origem a direitos e obrigações, exige mecanismos eficazes de responsabilização (HUNT, 2006).

O Direito à Vida é o mais elementar de todos os Direitos Humanos, sem ele não podem se concretizar todos os outros Direitos decorrentes da vida humana em toda sua plenitude.



Após a retomada da forma democrática de governo e da promulgação da Constituição Federal de 1988, onde os Direitos Humanos e principalmente o Direito a Vida, foi elevado à cláusula pétrea. Neste contexto, a saúde é importante fator de desenvolvimento social, merecendo a atenção necessária de acordo com as especificidades regionais e locais, afigurando-se como um direito essencial ao ser humano, por proporcionar dignidade e o direito à vida (SILVEIRA et al., 2018).

Um enfoque de direitos humanos específico para as pandemias exige o seu reconhecimento como fenômeno social cuja prevenção requer a proteção das prerrogativas individuais que podem ser ameaçadas pelos Estados, mas igualmente uma crítica às estruturas sociais, econômicas, políticas e jurídicas que impedem as pessoas de alcançarem o direito à saúde (MYKHALOVSKIY et al., 2020).

3 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Como seres humanos, a saúde individual e coletiva é um assunto de preocupação diária. Independentemente da nossa idade, sexo, condição socioeconômica ou origem étnica, considera-se a saúde o mais básico e ativo essencial. A saúde depende de tantos determinantes que ninguém pode garanti-la, portanto, como direito, devendo ser interpretada como um direito humano, que obriga a garantia não só dos cuidados de saúde oportunos e eficazes como também ao provimento da água necessária de forma segura, saneamento, alimentos seguros e saudáveis, habitação protegida e salubre, conhecimento, cultura, o enfrentamento das mudanças climáticas e ambientais, enfrentamento a questões de racismo e homofobias, entre outros (OLIVEIRA et al., 2020).

Existe uma grande proximidade entre o princípio da dignidade humana e o direito à saúde. Mas não só. Ao direito fundamental da inviolabilidade da vida humana é inerente, está incluso e é extensível o direito à proteção da saúde. É lógico e quase tautológico que para proteger a vida tenho que, por extensão, proteger a saúde, pois sem ela não há vida. Pela explanação seguida, é notório que o direito à saúde congrega e intersecciona vários outros direitos humanos, tais como o direito à vida, o princípio da dignidade humana, o princípio da igualdade, entre outros. Todavia, nesta relação quicá exista maior intimidade com o princípio do direito à vida e com o meta-princípio da dignidade da pessoa. A aproximação a estes dois direitos fundamentais é também utilizada na argumentação de várias decisões judiciais, onde o direito à saúde se encontra “sub judice”, em análise, dependente de uma decisão judicial (PAULA, 2012).

Deve-se entender o Direito à Saúde como um direito fundamental de segunda geração, intrínseco aos Direitos Humanos garantidos constitucionalmente e inerentes aos seres humanos desde o seu nascimento com vida, em respeito ao Princípio da Isonomia (COGO et al., 2020). Internacionalmente, foi articulado pela primeira vez na Constituição de 1946 da OMS, cujo preâmbulo define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. O preâmbulo afirma ainda que “o gozo do mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social” (OMS, 2008).

A ideia de direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) em seu art. 25 quando afirma que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de



assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos...”. Posteriormente, no ano de 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reafirma a ideia, e dispõe em seu art. 12 que os Estados-partes reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, trazendo indicações mais precisas sobre as medidas a serem adotadas para assegurar o direito à saúde, como “a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças” e a “criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (VENTURA et al., 2010).

O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana. Pode-se dizer que, nesse aspecto, há absoluta concordância entre o direito vigente, nas leis internacionais e nacionais, e a moralidade comum. Por isso, crê-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais simples de serem cumpridas (VENTURA et al., 2010). Compreende tanto o direito de estar sadio quanto o de ser tratado e se preparar para a vida profissional (habilitação e reabilitação) e o direito à prevenção de doenças (direito de permanecer sadio), pelo que as políticas públicas sanitárias merecem especial destaque. No entanto, a efetivação do direito à saúde passa pela disponibilização de ações e serviços de natureza preventiva e curativa das doenças e outros agravos que prejudicam e põem em risco esse direito (BAHIA et al., 2019).

Na ordem jurídico-constitucional, a saúde apresenta fundamentalidade formal e material. A fundamentalidade formal do direito à saúde consiste na sua expressão como parte integrante da constituição escrita, sendo um direito fundamental do homem, uma vez que se situa no ápice do ordenamento jurídico como norma de superior hierarquia. Já, em sentido material, encontra-se ligada à sua relevância como bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, pois não pode haver vida humana digna sem saúde. O direito à saúde, expresso no art. 196 da CF de 1988, por ser fundamental à dignidade e à vida da pessoa humana, não pode ser interpretado como mera norma programática, que se limita a traçar princípios, objetivos e programas visando à realização dos fins sociais do Estado, posto que frustra e limita o caráter pluralista, dirigente e principiológico da carta Política, cujo objetivo direciona-se para a concretização de uma justiça social que legitime o Estado democrático de direito (art. 1º, da CF/88) (BAHIA et al., 2019).

A saúde além de denominada como direito social é também caracterizada como um direito fundamental, pois está intimamente vinculada ao direito à vida e integra o conceito de “dignidade da pessoa humana”. Desta forma, assim como os demais direitos e garantias fundamentais, este é de aplicação imediata, conforme o § 1º do artigo 5º da Constituição de 1988, e, por sua vez, o artigo 60, § 4º, IV, proíbe emenda tendente a abolir os direitos e garantias individuais, não havendo, como visto, dificuldade maior para sustentar o direito à saúde como um direito fundamental, de aplicação imediata, cláusula pétrea, além de ser expressamente reconhecido como direito social (CHAI, 2021).

O direito à saúde insere-se nos direitos fundamentais, sendo considerado um direito humano primordial, encontra sua origem no constitucionalismo contemporâneo e é considerado um direito humano primordial, sendo o processo de criação do SUS, da Reforma Sanitária à Constituição Federal de 1988, e que foi consolidado e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, estabeleceu as normas do novo sistema de saúde, institucionalizando-se a participação da comunidade e, de modo inovador, disciplinando o controle social (BRASIL, 1990).



A constitucionalização do direito à saúde acarretou um aumento formal e material de sua força normativa, com inúmeras consequências práticas daí advindas, sobretudo no que se refere à sua efetividade, aqui considerada como a materialização da norma no mundo dos fatos, a realização do direito, o desempenho concreto de sua função social, a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social (BAHIA et al., 2019).

4 CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

O processo de democratização do Estado é importante para aprofundar o controle social na perspectiva de Gramsci (2000), na direção deste apreender as demandas das classes subalternas, ao mesmo tempo em que este processo é fruto das lutas dessas classes. Durante o processo de redemocratização do país, os movimentos sociais retomaram a temática da participação popular como reivindicatória da democracia, vislumbrando um novo instrumento de expressão, representação e participação da sociedade, tendo a oportunidade de imprimir novo formato às políticas públicas, especialmente na área da saúde.

O conceito de controle social pode se referir à ideia do controle do Estado sobre a população, mas, por outro lado, também significar um movimento instaurador de uma *práxis* que contribua para a participação popular e ação da sociedade civil sobre o Estado na gestão da política pública. Não se deve perder de vista que o controle social na saúde é realizado no espaço institucional contraditório do Estado capitalista. Não obstante, é um importante espaço de disputa e luta política pelo atendimento das demandas e necessidades sociais de saúde dos profissionais e usuários do sistema público de saúde. Para esta perspectiva de controle pautado na atuação da sociedade frente às demandas políticas, sociais, econômicas, sanitárias, dentre outras, a proliferação de experiências participativas em diferentes contextos socioculturais provoca a busca pela elucidação das relações entre os métodos participativos e seus resultados, tanto no seu potencial de aprimorar a democracia quanto no de melhorar o desempenho de projetos, programas e políticas (CORREIA, 2000).

Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido desse, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população. Para o aprofundamento da compreensão do controle social pressupõe-se uma concepção de Estado e de sociedade civil, pois ele acontece neste eixo (COSTA et al., 2003).

Após a constituição e implementação dos Conselhos e Conferências de Saúde um espaço que ganhou projeção na relação participativa dos usuários com os setores político-administrativos foi o espaço local. O espaço local (o território) agora pode aparecer na esfera pública, e o indivíduo que habita este local, antes anônimo, surge com identidade e expõe suas questões sobre a mesa de debate. Porém, mesmo com todos esses canais que podem ser abertos à população, a participação popular nos espaços legais pode sofrer, por um lado, a cooptação, e de outro, a inviabilização política, caso rejeite a participação. A saber, que não são poucos os casos em que as secretarias procuram “criar Conselhos fáceis de manipular, de modo a escapar do Controle Social. Isso só acontece em lugares onde a organização popular não é forte o bastante para fazer cumprir a lei” (BRASIL, 2002).



A partir dos anos de 1990 cresce o consenso entre academia, movimentos sociais, políticos e agências internacionais sobre a importância da participação da sociedade civil em projetos de desenvolvimento e na gerência de políticas públicas. Essa convergência se baseia na ideia de que a participação contribui para o controle da gestão pública, coíbe o mau uso dos recursos, melhora o desempenho das políticas e confere legitimidade aos governos e às políticas (SCHNEIDER, 2006).

Os conselheiros tentam exercer o que está proposto em lei, buscando soluções para problemas comuns na comunidade, e ainda fiscaliza os recursos aplicados pelos gestores. Nesse sentido, a formação de um conselho atuante torna-se uma ferramenta importante para a sociedade, pois colaborará na defesa dos interesses em relação à política de saúde, construindo uma nova cultura política, mais democrática e capaz de gerar transformações nos níveis de saúde e nos modos de vida da comunidade. Entende-se que os desafios dos conselhos são permanentes e estão relacionados à participação da comunidade e ao engajamento dos conselheiros que se disponibilizaram a participar, mas que acabam abandonando suas funções no decorrer do mandato. Aliado a isso, há a comunidade que ainda não conhece a força que tem a sua participação junto ao conselho. Isso posto, cabe a reflexão de que SUS só vai se consolidar quando o controle social for presente, eficaz, efetivo, esclarecido, fiscalizador, definidor e voltado para o coletivo, não para o individual (COTTA et al., 2010; GONÇALVES et al., 2017).

O SUS é um sistema que se ancora na perspectiva política e na democracia, tendo no seu arcabouço, pilar importante, a participação popular e controle social, que tem enfrentado muitos desafios por ser uma política de saúde contra hegemônica. Em detrimento do acúmulo de avanços, continua “distante” da proposta da reforma sanitária. Apresenta fragilidades que põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la (BRASIL, 2005).

A manutenção do crescimento da despesa em saúde em momentos de crise econômica e dificuldades de arrecadação pode estar associada ao efeito protetor conferido pelos dispositivos de vinculação constitucional da saúde, pelos compromissos e prioridades de gastos, bem como pelos mecanismos de compensação de fontes receitas decorrentes do federalismo fiscal. Contudo, desafios ainda persistem em relação à implantação de um sistema de transferências que permita diminuir as desigualdades e estabelecer maior cooperação entre os níveis de governo, em um contexto de austeridade e fortes restrições ao financiamento público da saúde no Brasil.

Apesar das diversas portarias e resoluções e do esforço legislativo em impor limites e meios de fiscalização das condutas administrativas, a prestação de serviços pelo SUS está longe do ideal. A efetiva proteção do direito fundamental à saúde depende da ampliação dos investimentos no SUS, mas também na melhoria dos mecanismos de gestão e controle social, para evitar desperdícios e desvios de recursos públicos (CAMBI et al., 2015).

Denota-se que a sustentabilidade e a efetividade das medidas de enfrentamento da COVID-19, como no caso do isolamento social, dependem do estabelecimento de políticas de proteção social e de apoio à população, inclusive para aqueles mais vulneráveis, de modo que garantam a sobrevivência dos indivíduos e das famílias enquanto perdurarem as restrições. Portanto, faz-se necessário o engajamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), em que o envolvimento dos cidadãos nos processos deliberativos tem como propósito principal tornar



as políticas públicas mais responsivas e adequadas às realidades das populações. Parte-se do pressuposto de que a participação social tende a conduzir processos decisórios mais acertados, fortalece a promoção da saúde e o combate às desigualdades sociais, além de possibilitar o desenvolvimento de mecanismos de controle mais efetivos de uma boa administração pública, sobretudo no que se refere aos recursos financeiros do SUS (ROCHA et al., 2019).

Apesar de atribuir o controle social ao exercício fiscalizatório, é fundamental a organização social para que esse seja efetivado. Claro que a fiscalização por si própria é também o exercício do controle social, porém, não se restringe somente a isto. O resultado desse momento é que, por meio dessa motivação fiscalizatória individual, tem de emergir, antecipadamente, um pensamento grupal de resolução das necessidades também grupais (SORATTO et al., 2010).

5 REFORMA SANITÁRIA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os sistemas universais de saúde representam conquistas civilizatórias do século XX. Inspirados no direito à saúde, tal como cogitado nos movimentos revolucionários europeus dos séculos XVIII e XIX, seus primeiros passos se deram a partir da Revolução Bolchevique, quando a ação estatal substituía as forças cegas do mercado – em uma das iniciativas pioneiras de realização do planejamento, assim como nos países escandinavos que experimentaram a social- democracia antes da II Guerra Mundial (PAIM, 2020).

No início da década de 1980, com a crise financeira instaurada na área da saúde, que repercutia na seguridade social e no modelo privatizante, o projeto do Movimento de Reforma Sanitária do Brasil (MRSB) apresentava-se como uma forte referência às políticas que foram implantadas, além de despontar como uma alternativa sólida para a reorganização do sistema nesse campo. O movimento propagava um novo paradigma científico com a incorporação de disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença, de modo a avaliar o paciente levando em consideração aspectos biopsicossociais. A introdução dessas disciplinas favoreceria a compreensão de processos como os determinantes sociais da saúde e a organização social da prática médica (TEIXEIRA, 1989).

O aspecto autoritário e antidemocrático presenciado durante o período da ditadura militar no Brasil começa, portanto, a ser superado com a redemocratização iniciada em 1985. A arquitetura constitucional do SUS funcionou como um espelho dos anseios e dos reclames da população e dos setores que até então não tinham participação política nas decisões em torno da saúde pública. Isso pode ser comprovado pela previsão da participação da comunidade enquanto uma das diretrizes a serem seguidas na prestação das ações e dos serviços de saúde (RAMOS et al., 2017).

Com a redemocratização em 1985, reconheceu-se a relevância de unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso aos serviços. Nesta época, o MRSB resulta de uma exaustiva luta em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um sistema de saúde universal para o país. Consolidou-se com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e institucionalizou-se em 1988, quando as proposições de organização do SUS foram atendidas pelos deputados constituintes e incorporadas na Constituição Federal (SHIMIZU; PEREIRA, 2018). A Conferência de 1986, primeira com participação popular, foi considerada marco histórico da política de saúde do país, reconhecida como Pré-Constituinte da



Saúde (FLEURY, 2009).

A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. As lutas da saúde articuladas à redemocratização do país foi o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve como marca “Democracia é Saúde” e foi aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde. A participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986).

Através da Lei nº 8.080/1990 ficou instituído o SUS, que “é o produto de um longo processo de construção política coletiva conhecida como Reforma Sanitária, direcionada para a modificação das condições de saúde da população brasileira” (NEVES, 2012), compreendendo a descentralização, integralidade, universalização, equidade e a participação da comunidade como sendo os seus princípios norteadores.

Além da Constituição Federal de 1988, foram promulgadas leis infraconstitucionais com o objetivo de criar e viabilizar garantia e cumprimento do direito à saúde no Brasil. Podem ser citadas a lei nº 8.080/1990 regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011; a lei nº 8.142/90; as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde - NOB/91 e NOB/96; Emenda Constitucional n.º 29 de 2000; Portaria GM/MS n.º 373 de 2002 que cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 substituindo a NOAS-SUS nº01/1996 e, por fim, trata-se no decorrer do trabalho da Lei Complementar nº 141/2012 e da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 intitulada como Emenda do Novo Regime Fiscal.

Além da normativa federal, é importante mencionar que a Constituição Federal garantiu aos Estados-membros a competência para legislar, de forma suplementar, sobre a matéria. Por outro lado, os Municípios, como entes mais próximos dos problemas locais, também receberam da Constituição Federal competência para legislar sobre saúde, desde que trate dos assuntos de interesse local (art. 30, I) ou complemente a legislação federal e estadual (art. 30, II), dentre outras atribuições (art. 30, III ao IX). Tratando precipuamente sobre a normativa constitucional referente ao tema, insta destacar que a Constituição de 1988 elenca as diretrizes e bases do SUS. De acordo com o artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Dispõe ainda o texto constitucional, que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes. Mesmo depois da Constituição de 1988 que instituiu o SUS, os serviços de saúde no país ainda possuem características que dificultam a sua implantação, tal como fora pensado.

O SUS é um complexo sistema, único em um país com dimensões continentais que integra diferentes culturas, interesses, climas e características regionais. Reúne União, Estados e Municípios em sua gestão, inclusive com a garantia da participação dos usuários do sistema. Pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, formando uma rede hierarquizada, descentralizada, a partir de diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. A consolidação desse sistema envolve uma série de desafios, como:



primar pelo fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central, além da necessária gestão dos recursos destinados à saúde e repartição das competências do Sistema de Saúde, a qual deve ocorrer com foco na atividade de saúde preventiva (RAMOS et al., 2021). Resumidamente, é uma política pública prevista em constituição, que estabelece ações, que formam uma rede e constituem assim o SUS (PAIM, 2009; FERNANDES, SOUSA, 2020).

Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), órgão vinculado à OMS, revelam que cerca de 75% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para garantir seu bem-estar físico, psicológico e social. Todas essas diretrizes do SUS, estabelecidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, são importantes marcos para a concretização do direito à saúde, vale dizer, para, diante da sua complexidade e multiplicidade de prestações, especificar o seu âmbito de abrangência, ou, pelo menos, aquilo que o direito à saúde não comporta (RAMOS et al., 2017).

O SUS desde a sua criação vem enfrentando diversos boicotes. O Banco Mundial, em diversos documentos, crítica a universalização do acesso do SUS, chegando a afirmar que em virtude da desigualdade social é um problema, que se deveria priorizar no SUS o atendimento à população, na linguagem desse órgão, mais vulnerável. Assim, indica a focalização, a quebra de universalidade e ampliação da privatização como alternativa. Naturalmente, trata-se de um engodo, pois na realidade, o Banco Mundial, articulado com as necessidades do capital, não pode conceber que a saúde, enquanto um nicho de mercado altamente lucrativo, seja um direito social para toda a população (SANTOS E SILVA, 2020).

6 PANDEMIA DA COVID-19: AMEAÇA À SAÚDE PÚBLICA, MISSÃO PARA O SUS E PARA O CONTROLE SOCIAL EM CORRELAÇÃO COM A AGENDA 2030.

Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (OMS, 2020).

Assim, no dia 11 de março de 2020, a OMS declarava que a epidemia da doença viral denominada COVID-19 alcançou o nível catastrófico de uma pandemia global, afligindo bruscamente a vida das pessoas nas diferentes partes do mundo, maior crise sanitária do século, levando não apenas vidas, mas expondo os modos de atuação dos países, as fragilidades de alguns governos, governantes e sociedades. A partir de então, a disseminação deste novo coronavírus não só afetou o direito à saúde, às liberdades e aos meios de subsistência das pessoas, mas também desencadeou uma crise global – ou, em outros termos, desencadeou uma severa crise sanitária e humanitária. A reconhecida pandemia do novo coronavírus, diante do cenário de tragédias diárias espalhadas pelo mundo, exigiu atitudes mais radicais para o seu combate, e grande parte da população se viu diante de uma realidade, até então, nunca experimentada (STURZA et al., 2020).



A pandemia do novo coronavírus é considerada um dos mais desafiantes problemas de saúde nos anos de 2020 e 2021 em razão do seu rápido e alto potencial de disseminação e da capacidade dos sistemas de saúde responderem aos casos graves da doença, com um forte impacto na saúde pública global. Diante do grave quadro sanitário, países do mundo inteiro têm se confrontado com as possibilidades de atuação para contenção da propagação e assistência à doença causada pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020). Pode afetar gravemente a plena vigência dos direitos humanos da população em virtude dos sérios riscos que a doença representa para a vida, a saúde e a integridade pessoal, bem como seus impactos de imediato, médio e longo prazo sobre as sociedades em geral e sobre as pessoas e grupos em situação de especial vulnerabilidade (CIDH, 2020).

No Brasil, desde a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional para a infecção humana pela COVID-19, em fevereiro de 2020, conceituando-a como de transmissão comunitária, vêm sendo realizados esforços para o enfrentamento da pandemia, especialmente no que tange à organização de fluxos e disponibilização de leitos hospitalares. Diante disso, uma resposta imediata é o aumento dos gastos em saúde (LEGIDO-QUIGLEY et al., 2020). Apesar da forte restrição de receitas no nível federal, repasses são justamente a principal fonte de recursos para a execução dos serviços de saúde no SUS (SANTOS, 2018).

A primeira confirmação da COVID-19 no Brasil se deu no dia 25 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Rapidamente, outros estados também fizeram registros e notificações de casos, tendo surgido, inicialmente, em pessoas das classes média e alta que viajaram para o exterior, dando uma primeira impressão de que era uma doença de “gente rica”. Em 12 de março houve a confirmação do primeiro óbito pela doença no Brasil, uma mulher de 57 anos residente da capital paulista.

A Portaria nº 356 de 11 de março de 2020 do Ministério da Saúde regulamenta as medidas de isolamento social e quarentena e suas especificidades, inclusive a prorrogação delas, se necessário, e atribuiu tais medidas à responsabilização dos governos municipais, estaduais e federais ou superiores em cada nível de gestão. A partir daí foram surgindo novos documentos, normativos, protocolos de manejo de todos os fatores circundantes dos processos de prevenção, controle, vigilância, tratamento relacionados ao coronavírus (BRASIL, 2020).

No entanto, por mais que estivessem normatizadas as medidas a serem seguidas por todos, desde a gestão, passando pelos profissionais da saúde, chegando até os usuários, pacientes e suas famílias, à população brasileira em geral, falas e atitudes de alguns membros do governo demonstraram-se opostas a tudo o que estava sendo incansavelmente estudado por grandes centros de pesquisa do mundo, normatizado pela OMS e promulgado nos próprios documentos oriundos de autorização governamental. A comparação da doença causada pela infecção pelo novo coronavírus, à uma gripe, em diminutivo, foi um dos primeiros sinais de negacionismo de por parte do Estado, o que levou, inclusive a adesão uns e manifesto contrários de outros, no Brasil e no mundo caracterizando o governo como descrente na gravidade da situação sanitária que se instalava no país além de minimizar as medidas ora sugeridas pela OMS, a fim de conter a pandemia (DO BU et al., 2020).

A necessidade de controle social nas políticas e sistemas públicos de saúde é de fundamental importância, particularmente diante da pandemia de COVID-19. É essencial enfatizar a interseção essencial com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para garantir uma abordagem abrangente e eficaz para enfrentar os desafios colocados pela pandemia,



em especial na implementação e no fortalecimento da paz social e das instituições do sistema de Justiça. Mas, não apenas no ODS 16 (Paz e Justiça Sociais), mas essencialmente na concretização de uma sociedade desenvolvida sustentável e equilibrada nas perspectivas de igualdade de gênero, acessibilidade às políticas sanitárias, como água potável e rede assistida de esgotos e escoamento hídrico, na qual a segurança alimentar não seja apenas uma expectativa incerta e estruturalmente desigual que retrata quase 33 milhões de seres humanos em insegurança alimentar no curso da pandemia e pós pandemia.

Por exemplo, o ODS 3 visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades. Para atingir esse objetivo, é crucial priorizar o desenvolvimento e a implementação de políticas e sistemas que promovam o acesso à saúde e contemplem os determinantes sociais da saúde (CHAI, 2021).

A pandemia de COVID-19 tem apresentado inúmeros desafios que exigem medidas rápidas e eficazes. A necessidade de controle social nas políticas e sistemas públicos de saúde é crucial para o alcance das metas estabelecidas nos ODS, particularmente na área da saúde. Isso requer uma abordagem abrangente que leve em conta os fatores inter-relacionados que contribuem para a propagação e o impacto do vírus.

Para enfrentar esses desafios, é necessário adotar uma abordagem construtiva e proativa que se concentre no desenvolvimento de políticas e sistemas que sejam responsivos, eficazes e baseados em evidências. Isso inclui medidas como distribuição de vacinas, testes, rastreamento de contatos e tratamento, além de promover a conscientização e educação do público.

Na pandemia, o estado de calamidade pública pede interpretação especial sob o enfoque dos direitos sociais. Deve-se promover harmônica articulação com outros princípios e normas constitucionais, principalmente aqueles voltados aos direitos e deveres individuais e coletivos que, como se sabe, são cláusulas pétreas da Constituição (COSTA et al., 2020), assim como proceder a um monitoramento e controle mais eficaz na aplicação dos recursos destinados à garantia do direito à saúde.

Sob essa perspectiva, destaca-se, em âmbito nacional, o papel do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) na função de mediação, interlocução e negociação com os distintos atores políticos e institucionais, bem como do Conselho Nacional de Saúde, no exercício do controle social. Na esfera estadual, salienta-se a atuação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na articulação com as esferas municipais de governo, no diálogo constante com a gestão do sistema estadual e na promoção de debates sobre temas centrais para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 nos estados. Ressalta-se também a atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES), que tem participado ativamente das respostas ao enfrentamento dos problemas de saúde pública, em geral, e da pandemia da COVID-19, através de representações nos Comitês de Saúde. Papel semelhante configura-se nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para a efetiva participação e controle social no território municipal. Por sua vez, as instâncias de pactuação compostas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores



Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), além de serem instrumentos de articulação interfederativa, mostraram-se essenciais para o fortalecimento de um SUS solidário e cooperativo, em meio ao vazio político-institucional do governo central (BARROS, 2021).

O CNS pode atuar por meio da fiscalização e acompanhamento das ações de enfrentamento à COVID-19 dos respectivos locais, embasadas na ciência e no mais alto grau de solidariedade para superação da pandemia. Conclamou a mobilização de conselheiros de saúde e sociedade em torno do compromisso com a defesa do SUS e garantia do direito à saúde da população. É importante destacar que o controle social não se esgota no espaço dos conselhos e conferências, sendo um importante recurso para fazer valer o direito à saúde. No entanto, sua limitação às ações institucionais tende a restringir a potencialidade de ação (MARTINS, 2021).

Portanto, o controle social nas políticas e sistemas públicos de saúde é um componente crítico para enfrentar os desafios impostos pela pandemia de COVID-19. Ao enfatizar a intersecção com os ODS, pode-se adotar uma abordagem abrangente e eficaz para promover a saúde e o bem-estar para todos. É essencial manter-se construtivo e proativo no desenvolvimento e implementação de medidas que respondam aos desafios contínuos colocados pela pandemia. Em última análise, isso auxiliará a alcançar os ODS e construir um futuro mais sustentável e equitativo

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento da COVID-19 desnudou fortalezas e fragilidades do SUS. O direito à saúde deve ser um objetivo programático tangível, onde o Estado deve proporcionar estrutura organizacional e procedimental que resultem na promoção e proteção do direito à saúde, sendo que estes procedimentos devem possibilitar a participação social. Igualmente, não basta reconhecer formalmente o direito à saúde como direito fundamental. Deve-se, igualmente, assegurar a existência de uma organização, adequadamente estruturada, que esteja apta a suprir as demandas da população.

Os Estados também devem garantir um nível mínimo de acesso aos componentes materiais essenciais do direito à saúde, como a fornecimento de medicamentos essenciais, serviços de saúde materno-infantil ou enfrentamento da pandemia da COVID-19. Ao mesmo tempo, devem ser estabelecidos mecanismos que permitam ao indivíduo a reclamação das tutelas necessárias ao respeito, proteção e promoção de sua saúde.

Avalia-se que o sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades ao pleno exercício dos princípios doutrinários e organizativos propostos na legislação do SUS, onde o subfinanciamento, as desigualdades sociais e de acesso ao sistema e os desafios de gestão são tidas como prováveis pautas a uma reavaliação e remodelação do modelo. E que tais dificuldades são agravadas pelas tensões políticas pouco ou quase nada comprometidas com as políticas de Estado.

Resulta da experiência da crise sanitária, ao menos para sociedade brasileira, lições inesquecíveis emergidas de escolhas políticas, do então mandatário e presidente da república, que se caracterizaram por uma inegável desarticulação e orientações conflitantes entre os três níveis de governança da federação brasileira, mesmo impondo um estado de anomia e constantes paralizações e sobressaltos, quer quanto às narrativas anti-ciência, quer quanto a adoção de



profilaxias e protocolos sanitários “questionáveis”. Não há dúvidas que a manutenção de padrões de integridade na gestão pública dos setores sensíveis e da segurança pública, do qual a saúde pública é conteúdo, é indispensável às credibilidades democráticas sociais das decisões de governo e da exteriorização de suas ações em nome e em favor do povo.

À luz da pandemia de COVID-19, tornou-se cada vez mais vital para os governos priorizar o respeito ao princípio do Estado de Direito e promover a transparência pública e a participação no controle social do sistema de saúde. Isso pode ser alcançado abordando as interligações entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e desenvolvendo respostas abrangentes e eficazes que protejam a saúde pública, respeitem os direitos humanos e garantam a responsabilização.

Nesse contexto, a governança colaborativa entre as partes interessadas, incluindo organizações governamentais, prestadores de serviços de saúde e cidadãos, pode melhorar a tomada de decisões e a coordenação. Se por um lado o Estado de Direito, como sistema social que estabelece e deve estabilizar direitos domesticando as violências na forma lei, dando respostas aos desafios emergentes em matéria de saúde, como a disseminação de desinformação e a necessidade de medidas eficazes de saúde pública, isto somente pode ser legitimamente alcançado por elevados níveis de transparência e de responsabilidade (*accountability*), que são fundamentais para uma governança eficaz do sistema de saúde em pandemia, garantindo que os prestadores de serviços de saúde sejam responsabilizados e que os cidadãos tenham acesso a informações sobre os serviços de saúde.

Logo, envolver e ter os cidadãos engajados na tomada de decisões e fornecer a informação necessária podem promover um sistema de saúde mais inclusivo e responsivo. O princípio do Estado de Direito pode ajudar a combater as desigualdades na saúde, garantindo a igualdade de acesso aos serviços de saúde e concebendo políticas de saúde para satisfazer as necessidades das populações marginalizadas que foram agravadas no contexto pandêmico, como o pouco e restrito acesso a serviços essenciais, como água potável, saneamento e cuidados de saúde, cuja superação é fundamental para alcançar os ODS relacionados com a saúde, com a garantia da prestação equitativa e eficiente desses serviços.

Em conclusão, fazer cumprir o Estado de Direito e promover a transparência pública e a participação no controle social do sistema de saúde durante a pandemia de COVID-19 podem ajudar a desenvolver respostas abrangentes e eficazes que protejam a saúde pública, promovam a equidade na saúde e garantam o bem-estar de todos os cidadãos. Ao priorizar esses esforços e promover a colaboração multissetorial, os governos podem enfrentar com sucesso os desafios colocados pela pandemia e criar um sistema de saúde mais resiliente e sustentável para o futuro.

Pois, a Pandemia também evidenciou que sistemas de saúde resilientes são essenciais não só para efetivação do direito à saúde, mas também para a manutenção de atividades sociais e econômicas, considerados os aspectos transversais da saúde e suas determinantes sociais. Num cenário pós-COVID-19, fortalecer o SUS e aprimorar sua gestão devem estar na agenda da saúde e de outros setores da sociedade.

REFERÊNCIAS

BARROS, Rivia. Emergência em saúde pública da pandemia da COVID-19: breves apontamentos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. Especial_1, p. 11-18, 2021.



- BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil, 1988.
- BRASIL. Lei 8080 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. Diário Oficial da União 1990; set 20.
- BRASIL. Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 1990.
- BRASIL, Representação da UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento na Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do Conselheiro: Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 51.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)[Internet]. Diário Oficial da União. 2020.
- CAMBI, Eduardo; BOFF, Daniele Bohrz. Efetividade do direito à saúde pública no Brasil. **Revista dos Tribunais**, 2015. v.104, n.954.
- CHAI, C.G.; PEREIRA, I.P. Planejamento em saúde: marcos metodológicos, limites e possibilidades. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**. 2016, v. 17.
- CHAI, Cássius Guimarães; DE SOUSA, Maria do Socorro Almeida. Direitos Humanos: Uma Aproximação Teórica. **Conpedi Law Review**, v. 2, n. 4, p. 335-354, 2016.
- CHAI, Cássius Guimarães; DOS SANTOS QUEIROZ, Fernanda Dayane; Universalidade do direito à saúde e suas contradições no Estado democrático. **Republicanismo entre ativismos judiciais e**, p. 201. In: Republicanismo entre ativismos judiciais e proibição do retrocesso : da proteção às mulheres à saúde pública / organizador Cássius Guimarães Chai. - Campos dos Goytacazes RJ : Brasil Multicultural, 2021. 296 p. – (Série Tópicos em teoria de direito político) - 2ª edição.
- Chai, Cássius. (2021). VIOLÊNCIA DE GÊNERO, DETERMINANTES SOCIAIS E DIREITO.. 10.29327/545923.1-1.
- CIDH. COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Pandemia e direitos humanos nas Américas**. 2020.
- COGO, Gricyella Alves Mendes; MASCARENHA, Tiago Rodrigues Sousa. Direitos de primeira e segunda geração: direito à saúde x responsabilidade do estado. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, 7 (único): 965-977, 2020, ISSN: 2358-7490.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Editora Fiocruz, 2000.
- COSTA, A.M.; NORONHA, J.C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, p. 358-363, 2003.



- COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da COVID-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 289-296, 2020.
- FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. Aspectos históricos da saúde públicano Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.12, n.1, p.1-17, jan.2020.
- FLEURY, Sonia. Revisitando" a questão democrática na área da saúde": quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009.
- HUNT, Paul. The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 100, n. 7,p. 603-607, 2006.
- LEGALE, Siddharta; VAL, Eduardo Manuel. A dignidade da pessoa humana e a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 11, n. 36, p. 175-202, 2017.
- MACHADO, Francisco de Assis. **Participação social em saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., *Anais...* Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; CRISOSTOMO JÚNIOR, Vicente José Leitão; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Controle social e atuação da enfermagem em defesa da vida na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.
- MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002.
- MYKHALOVSKIY, Eric et al. Human rights, public health and COVID-19 inCanada. **Canadian Journal of Public Health**, v. 111, n. 6, p. 975-979, 2020.
- NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o DesenvolvimentoSustentável**. Nações Unidas: Nova York, NY, EUA, 2015.
- OLIVEIRA, Natan Figueredo; LOPES FILHO, Juraci Mourão. Uma análise teórica das medidas sanitárias de enfrentamento da pandemia do COVID-19 no brasil: quem decide, como decide e por quê?. **Revista Brasileira de Teoria Constitucional**, v. 6, n. 2, p. 22-40, 2020.
- OLIVEIRA, Maria Helena Barros de et al. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 9-14, 2020.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Office of the United Nations high commissioner for human rights & world health organization. The Right to Health**. Fact sheet no. 31. 2008.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Doença por coronavírus (COVID-19)**. 2020. Acesse em:<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 15-28, 2020.
- PAULA, João Miguel Pulquério de. O direito à saúde. **Pensar Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 51-61, 2012.
- RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Isadora Moraes. O direito à saúde e a ideia de proteção social na Constituição Federal de 1988: notas iniciais. **Revista Direito em Debate**, v. 26, n. 48,p. 159-184, 2017.
- RAMOS, Edith Maria Barbosa; DE MIRANDA NETTO, Edson Barbosa. Histórico do sistema



- normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. **Revista Debates**, v. 11, n. 1, p. 43-66, 2017.
- RAMOS, Edith Barbosa; DOS SANTOS QUEIROZ, Fernanda Dayane; DA SILVA, Delmo Mattos. O direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro: uma análise histórico-legislativa-conceitual da (des) centralização do sistema de saúde. **Revista de Direito Brasileira**, v. 28, n. 11, p. 104-116, 2021.
- SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.
- SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043-2050, 2018.
- SANTOS, Girlan Guedes; SILVA, Alessandra Ximenes. Intelectuais coletivos e o processo da contrarreforma na política de saúde brasileira. **Ser social**, v. 22, n. 46, 2020.
- SARLET, Wolfgang Ingo. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p. 22
- SATOMI, Erika et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2020.
- SCHNEIDER, Hartmut. **Participatory governance: the missing link for poverty reduction**. 1999.
- SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.
- SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Edsaura Maria. **Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico**. 2018.
- SILVEIRA, Cássio Eduardo Borges Silveira; BORGES, Donaldo de Assis. **A constituição federal brasileira de 1988 como marco para os direitos humanos no Brasil: o direito à vida e a diminuição do número de mortes de recém-nascidos após a CF/88**. XIX Encontro de pesquisadores, p. 58, 2018.
- STURZA, Janaína Machado; TONEL, Rodrigo. Os desafios impostos pela pandemia COVID-19: das medidas de proteção do direito à saúde aos impactos na saúde mental. **Revista Opinião Jurídica (Fortaleza)**, v. 18, n. 29, p. 1-27, 2020.
- TEIXEIRA, S. M. F. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate**, n. 26, p. 42- 43, 1989.
- CANÇADO TRINDADE, A.A. (2021). *New Reflections on Humankind as a Subject of International Law*. In: Eboe-Osuji, C., Emeseh, E., Akinkugbe, O.D. (eds) **Nigerian Yearbook of International Law 2018/2019**. Nigerian Yearbook of International Law, vol 2018/2019. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-69594-1_1
- UNITED NATIONS. General comment No. 36 (2018) on Article 6 of the. International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life.
- VENTURA, Miriam. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro**, 2010.