



## CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: ANÁLISE DO TRATAMENTO DADO A PARTICIPAÇÃO POPULAR A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988.

Michel Belmiro Ilibio<sup>1</sup>  
Reginaldo de Souza Vieira<sup>2</sup>

### RESUMO:

O controle social em Saúde é exercido por meio das Conferências e dos Conselhos. As Conferências remontam a década de 30 do século vinte, porém, foi somente a partir da promulgação da CRFB/1988 que assumiram o caráter de espaço público. O artigo objetiva analisar, com base nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, o tratamento dado à participação popular nas Conferências pós CRFB/1988. O método de pesquisa utilizado foi o hipotético-dedutivo, de procedimento, o monográfico. Além disso, empregou-se a técnica de pesquisa bibliográfica e documental, como forma de responder ao problema proposto.

**Palavras-chave:** Constituição de 1988; SUS; Controle Social; Conferência Nacional de Saúde; participação popular

## SOCIAL CONTROL IN HEALTH: ANALYSIS OF THE TREATMENT DUE TO POPULAR PARTICIPATION FROM THE NATIONAL HEALTH CONFERENCES POST-CONSTITUTION OF 1988.

### ABSTRACT:

The Control Social in Health is exercised through Conferences and Councils. The Conferences date back to the 30s of the twentieth century, but it was only after the promulgation of the CRFB / 1988 that they assumed the character of public space. The article aims to analyze, based on the final reports of the National Health Conferences, the treatment given to popular participation in Conferences after CRFB / 1988. The research method used was hypothetical-deductive, procedure, monographic. In addition, the technique of bibliographical and documentary research was used as a way of responding to the proposed problem.

**Keywords:** Constitution of 1988; SUS; Social Control; National Health Conference; popular participation.

<sup>1</sup> Mestrando em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, com bolsa Prosuc/CAPES, na linha de pesquisa em Direito, Sociedade e Estado. Graduado em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2016). Integrante do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC).

<sup>2</sup> Doutor (2013) e Mestre (2002) em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor, pesquisador e Coordenador Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/UNESC). Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/UNESC). Professor titular da Universidade do Extremo Sul Catarinense, atuando nos cursos de Direito e Odontologia. Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Advogado.



## 1- INTRODUÇÃO

A participação popular no controle das ações e serviços públicos de saúde, é regulada pela Lei nº. 8.142, de 28 dezembro de 1990, que dispôs em seu artigo 1º que o controle social em saúde ocorrerá por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. A referida lei estabeleceu que as Conferências de Saúde irão ocorrer a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Já os Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Ambas as formas de participação deve ocorrer de modo paritário, com representação dos usuários (BRASIL, 1990).

Posto a importância de ambos os espaços de controle social (conselhos e conferências) nas políticas de saúde, algumas questões ainda são objetos de dúvidas e precisam ser respondidas. Uma delas é sobre a participação popular, estabelecida como um dos princípios integrantes do Sistema Único de Saúde, mas que não foi delimitada conceitualmente pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A construção do significado de participação popular foi sendo lapidada ao longo da história do SUS. Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar o tratamento dado a participação popular ao longo das Conferências Nacionais de Saúde realizadas a partir da promulgação da CRFB/1988. Tal propósito de pesquisa levou a análise de sete relatórios finais das conferências, a saber, da IX, X, XI, XII, XIII, XIV e XV Conferências Nacionais de Saúde.

A importância dessa discussão reside no fato de que a participação popular, nesses 29 anos de garantia do Direito à Saúde e construção do SUS, foi um fator de suma importância para a defesa do sistema como patrimônio democrático e coletivo do povo brasileiro, a promoção da cidadania e o fortalecimento da dignidade do povo brasileiro.

Neste sentido, a pesquisa realizada teve por objetivo compreender a partir dos relatórios finais da Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a promulgação da CRFB/1988, o tratamento dado em suas discussões e proposições a temática da participação popular em saúde.

O método utilizado no artigo foi o hipotético-dedutivo, pois partindo de um problema a investigação visou uma resposta por meio de um referencial bibliográfico. O método de procedimento adotado foi o monográfico. Além disso, empregou-se a técnica de pesquisa bibliográfica e documental, como forma de responder ao problema proposto.



Para fins de análise do objetivo central da pesquisa, o estudo foi desenvolvido em três partes: na primeira, será realizada uma breve contextualização do controle social em saúde no Brasil; já na segunda parte, a pesquisa centra-se na análise da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e a sua contribuição para o reconhecimento constitucional do direito à saúde e a criação do SUS; e, por último, na terceira parte, o estudo, com vistas a responder a problemática desta pesquisa, pauta-se na análise dos relatórios da Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a promulgação da CRFB/1988 e as discussões e deliberações acerca da temática da participação popular em saúde.

## **2- BREVE HISTÓRICO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL**

Para compreender o cenário do controle social na saúde, inicialmente faz-se necessário contextualizar brevemente a história das reformas que ocorreram no setor da saúde no decorrer de alguns períodos no Brasil. De toda forma, pode-se afirmar que o marco fundamental para compreensão do controle social traduz-se pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que ganhou contornos no país na década de 1970. Nesse sentido é imprescindível para assimilar o surgimento deste movimento o resgate dado ao tratamento à saúde pública pelos governos até a promulgação da Carta Constitucional de 1988.

Desde o Brasil Império (lá pelos idos de 1822) até o fim do Regime Militar, em 1985, à saúde era um “tema caro” para inúmeras parcelas da população brasileira. Cohn et al (1999) e Gerschman (1995) foram alguns dos estudiosos que se debruçaram no estudo deste tema.

E por que afirma-se que saúde era “tema caro”? Porque, realmente, tinha assistência à saúde quem exercia trabalho formal e contribuía para adquirir tal direito. Esse modelo, denominado de seguro social, teve seu início com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) instituídas com a Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, de autoria do deputado Eloy Chaves, que atendia somente aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, estendeu-se aos marítimos e estivadores.

A partir de 1930 surgem os IAPs (com a unificação das CAPs) que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais, por exemplo: trabalhadores marítimos, industriários, bancários etc. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões eram geridos pelo Estado. Ao contrário das CAPs, os recursos financeiros que mantinham estes Institutos eram



de origem tripartite: Estado, empregador e empregado, davam sustentação financeira para os Institutos (COHN et al., 1999, p.14).

O que se sabe é que as duas estruturas, CAPs e IAPs, conviveram por décadas até 1966, quando todo o sistema previdenciário é unificado, dando origem aos INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Nas palavras de Cohn et al. (1999, p. 16)

E é a partir desse momento, também, que tem uma característica crucial da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública. Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório.

Até a década de 1970 a rede pública de serviços de saúde não contemplava a assistência médica individual, foi somente a partir da promulgação da Lei nº 6.229/75, que dispôs sobre a organização do sistema nacional de saúde, que os serviços ligados ao Ministério da Saúde passaram também a contemplar os serviços de assistência médica individual (BRASIL, 1975).

Afirma Cohn et al. (1999, p.17) que nesse contexto se materializou um acentuado processo de sucateamento na rede pública de serviços de saúde, um dos motivos que levou, em meados da década de 70, ao processo de reformulação do setor da saúde, e deu origem a proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

Uma das críticas dos defensores do projeto reformador era o fato da “Previdência Social sustentar o setor privado de assistência médica, fazendo este crescer com os recursos financeiros do Estado e levando à ineficácia total da assistência à saúde pública”, que estava a cargo do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (GONÇALVES, 1999, p.11).

Gerschman (1995, p.42) comenta que:

A partir de 1983, o Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, com a ocupação de espaços nas instituições estatais da saúde, com o objetivo de produzir mudanças na política de saúde e na medida em que o próprio processo de transição à democracia o permitia. Este crescimento da proposta e do processo de reformulação da política de saúde adquiriu sua mais acabada expressão com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se definiu o projeto da “Reforma Sanitária Brasileira”; o qual introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo.

Foi a partir da VIII CNS que se forjou o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) e mais do que isso, foram assegurados mecanismos de efetivação para os Conselhos de Saúde,



nos quais a população passou a ter direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde. Com o advento da Constituição de 1988, restou estabelecido no artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde, seriam organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, seguindo algumas diretrizes como a descentralização, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade na gestão (BRASIL, 1988).

Relembra Baptista (2007, p. 55) que a Lei 8.080/90 (conhecida por Lei Orgânica da Saúde) visou regulamentar o SUS, definir seus objetivos e atribuições, tratar do seu financiamento, da regulamentação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema e da participação popular, etc. Porém, conforme Vasconcelos e Pasche (2012, p. 560-561) os vetos presidenciais apostos na sanção da Lei 8.080/90 “comprometeram de partida as condições estruturais para implantar o novo sistema”, principalmente nas questões da política de recursos humanos, na restrição do financiamento e na eliminação das formas de participação social.

Os assuntos vetados só irão ser recuperados três meses após a aprovação da Lei 8.080/1990, quando da aprovação da Lei 8.142/90, que complementará aquela, “definindo algumas propostas vetadas na lei original, especialmente no que diz respeito ao financiamento e a participação popular”. (BAPTISTA, 2007. p. 56)

Nesse sentido, evidencia-se que a democratização dos serviços de saúde ocorreu dentro de um processo lento, e para a concretização de um sistema público, gratuito e universal, a participação popular (engajada no movimento pela reforma sanitária) foi de suma importância para a concretização de tal projeto.

### **3 – A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMO MARCO HISTÓRICO**

As Conferências de Saúde datam de uma longa história, segundo Vieira (2013, p.350) que a “primeira legislação a tratar das conferências de saúde foi a Lei nº 378 de 1937, a qual, ao organizar o Ministério da Educação e Saúde Pública, criou as conferências de saúde, que seriam realizadas a cada dois anos sem a participação da Sociedade”.

Até 2017 realizou-se um total de quinze Conferências, sendo que entre 1941 a 1980 ocorreram sete (sem participação da Sociedade); uma durante o período de redemocratização do país com a participação da Sociedade e sete após a promulgação da CRFB/1988, como mostra o quadro a seguir:



Quadro 1 - Conferências Nacionais de Saúde, datas, temas e presidentes.

Conf.	Data	Tema	Presidente
1 <sup>a</sup>	06/1941	Situação sanitária e assistência dos Estados	Getúlio Vargas
2 <sup>a</sup>	12/1950	Legislação referente à higiene e segurança no trabalho	Eurico Gaspar Dutra
3 <sup>a</sup>	06/1963	Descentralização na área da saúde	João Goulart
4 <sup>a</sup>	08-09/1967	Recursos humanos para as atividades de saúde	Arthur Costa e Silva
5 <sup>a</sup>	08/1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua Institucionalização	Ernesto Geisel
6 <sup>a</sup>	08/1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde	Ernesto Geisel
7 <sup>a</sup>	03/1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos	João Batista Figueiredo
8 <sup>a</sup>	03/1986	Saúde como direito inerente à cidadania e a personalidade – Reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor saúde	José Sarney
9 <sup>a</sup>	08/1992	Municipalização é o caminho	Fernando Collor
10 <sup>a</sup>	09/1996	Construção do modelo de atenção à saúde	Fernando Henrique Cardoso
11 <sup>a</sup>	12/2000	Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com Controle Social	Fernando Henrique Cardoso
12 <sup>a</sup>	12/2003	Saúde como direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos	Luís Inácio Lula da Silva
13 <sup>a</sup>	11/2007	Políticas de Estado e desenvolvimento	Luís Inácio Lula da Silva
14 <sup>a</sup>	11- 12/2011	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro	Dilma Rousseff
15 <sup>a</sup>	12/2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro	Dilma Rousseff

Fonte: (VIEIRA, 2013, p. 351-352; BRASIL, 2009, p.12; BRASIL, 2015).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco na história do controle social em saúde, pois além de constituir-se em um novo paradigma do âmbito da saúde, ela rompeu com o modelo privatizante então existente e representou concretamente a constituinte da saúde. Paim destaca que “**tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade**, e não de governos e partidos” (2009, p. 40 – grifo nosso).



Para realizar a conferência o Ministério da Saúde convocou diversos personagens, dentre eles gestores, técnicos e usuários para discutir abertamente sobre a reforma do sistema de saúde. A presidência da VIII CNS/1986 ficou sob o cargo de Sergio Arouca.

A VIII Conferência Nacional de Saúde incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde, inclusive na condição de delegados com direito a voz e voto. A conferência integrou um expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, dentre os mais diversificados sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada. (MERCADANTE, et al. 2002; VIEIRA, 2013; BRASIL, 2006).

Durante três dias de discussões, nos 135 grupos de trabalho nesta conferência (38 de delegados e 97 de participantes) ocorreram discussões em torno do conceito de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS, a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular no setor da saúde. (AGUIAR, 2011, p. 37)

Os delegados que participaram da Conferência Nacional de Saúde, ao aprovarem as suas resoluções, definiram saúde como um direito:

- 1) Em seu sentido mais amplo [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. [...]
- 2) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Esta-do, de condições digna de vida e de acesso universal e igualitário das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4)

Comenta Paim (2008, p.106) que após a conclusão da VIII Conferência, surgiram novas demandas para o movimento sanitário, pois “a institucionalização das deliberações feitas durante a Conferência passou a representar outra etapa do movimento sanitário com a produção de diferentes fatos”. De fato, não se pode negar que a ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em volta da Reforma Sanitária, somada à capacidade de elaboração das propostas, foram dois fatores fundamentais para que o texto constitucional de 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90),



contemplassem grande parte das proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. (BRASIL, 2009)

#### **4- AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O TRATAMENTO DADO A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SEUS RELATÓRIOS FINAIS**

As Conferências são espaços amplos de participação e envolvem plenárias ascendentes nas três esferas de governo, segundo Krüger (2007, p.118) “através das pré-conferências são mobilizados núcleos organizados desde a esfera inframunicipal”.

Somente a partir de 1986, na 8ª conferência, quando passaram a ter a participação de representantes de trabalhadores e organizações da sociedade civil e foram precedidas por conferências preparatórias em alguns estados e municípios, o caráter de espaço público das conferências se ampliou. Nas esferas estadual e municipal as conferências foram instituídas pela Lei n. 8142/1990, e começaram a se disseminar a partir das conferências preparatórias à 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Nessa ocasião, cerca de metade dos municípios brasileiros então existentes e todos os estados e o Distrito Federal realizaram suas conferências. Na preparação da 10ª conferência, em 1996, além das vinte e sete realizadas na instância estadual, já ocorreram em mais de três mil municípios. (BRASIL, 2009, p.32)

Conforme estabelece o Artigo 1º, § 1º, da Lei nº 8.080/1990, as Conferências de Saúde serão convocadas a cada quatro anos, e contaram com a representação dos vários segmentos sociais, com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Ainda, estabelece o mesmo dispositivo que as Conferências devem ser convocadas pelo Poder Executivo, e de maneira extraordinária, pelo Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1990)

Acrescenta-se que as Conferências de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio. Esse regimento segundo Vieira (2013, p.354) deverá ser “formulado pelo conselho de saúde do ente federativo respectivo mediante proposta de resolução, que para ter validade deverá ser homologa pelo gestor [...]”.

O objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema. (BRASIL, 2009, p.33)

A primeira Conferência Nacional convocada após a promulgação da Constituição Federal de 1988 ocorreu na semana de 9 a 14 de agosto de 1992, em Brasília, depois de dois anos sendo adiada. Reuniram-se na etapa Nacional da IX CNS, em torno de 3000 delegados e





participantes credenciados e mais 1500 de observadores, nacionais e internacionais, representando os diversos segmentos do sistema de saúde. (BRASIL, 1992, p.13)

Há que se ressaltar que a CNS de 1992, ocorreu em meio a uma grave crise no governo de Fernando Collor, segundo consta no relatório final da conferência,

Como não poderia deixar de acontecer a conjuntura dramática da crise ética e política vivida pelo país pairou permanentemente sobre os trabalhos da IX CNS. Esse fato justifica, dado seu grau de dramaticidade, a inclusão, neste relatório final, de um posicionamento enfático dos participantes da IX CNS em relação aos dois processos, que não podem ser dissociados.

As posições assumidas quanto à crise, demonstram a indignação que toma conta de todo o povo brasileiro, pasmo diante da revelação pública da erosão dos princípios éticos que se instalou nos mais altos escalões do governo Collor. (BRASIL, 1992, p.13)

Encontra-se, também, no relatório final uma carta destinada à sociedade brasileira, cujo título versava “em defesa da vida e da ética: fora Collor”. Segundo o texto da carta, o Brasil vivenciava uma tragédia sanitária graças ao governo de Fernando Collor, tecendo inúmeras críticas ao modelo neoliberal, argumentavam que o povo brasileiro vivia a penúria de um modelo econômico excludente e que marginalizava a maioria, e por isso, a luta pela Seguridade Social e pelo Sistema Único de Saúde seria um ato em legítima defesa daqueles que nada teriam, “mas que representam a dignidade de quem exige democracia e justiça”. (BRASIL, 1992, p.15)

Ademais, ressalta-se que os delegados e participantes credenciados foram distribuídos em 10 grupos de trabalho que tinham como eixo central a discussão dos temas centrais da IX CNS, a saber: sociedade, governo e saúde; Seguridade Social; Implementação do SUS e Controle Social. (BRASIL, 1992, p.14)

Com relação às discussões do eixo relacionado ao controle social, restou evidente que tal prática sobre as políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. Um ponto claro descrito no relatório é a afirmação de que o controle social não deve ser apenas um mecanismo formal, mas deve refletir o real poder da população em transformar planos e políticas, e “não só no campo da saúde”. (BRASIL, 1992, p.33)

O fortalecimento das instâncias públicas como foros legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesses que permeiam as relações entre o Estado e a Sociedade é uma necessidade imperiosa, particularmente na atual conjuntura de nosso país, face às investidas de interesses privatizantes contrários à distribuição equitativa da renda nacional e dos benefícios sociais. (BRASIL, 1992, p.33 )



A época, em função dos inúmeros problemas identificados nos conselhos de saúde, dentre os quais: indicações de usuários pelo poder executivo; presidência exercida, quase exclusivamente, pelos secretários de saúde; desinteresse pela criação dos conselhos, ou então, criação, mas sem atribuir caráter deliberativo; ausência de divulgação das atividades realizadas, dentre outros problemas, a IX CNS (BRASIL, 1992, p.33) propôs inúmeros itens para o fortalecimento desses espaços, com referência a participação popular, destaca-se:

Quadro 2 – Tratamento dado à participação popular na IX Conferência Nacional de Saúde.

<b>Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde</b>
<b>Diretrizes:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- definir a constituição dos conselhos com a seguinte composição – 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de governo e prestadores de serviço;</li><li>- Incluir, onde houver aldeamento, tribos ou nações indígenas, um representante dos mesmos;</li><li>- recomendar que a indicação dos representantes de usuários e trabalhadores de saúde se dê em assembleia geral de suas entidades;</li><li>- Que a atividade de conselheiro, enquanto tal, não deverá ser remunerada, devendo ser considerada de interesse e relevância públicos, para fins e efeitos legais;</li><li>- que para efeito da composição dos conselhos, os usuários sejam representados sempre por entidades populares, representantes de trabalhadores, entidades da sociedade civil voltadas para a organização de usuários do SUS;</li><li>- Estabelecer as conferências de saúde como foros para a definição das regras para [...] escolha de representantes dos diferentes segmentos que integram o conselho;</li><li>- que as despesas com a participação dos delegados, nos diversos níveis, sejam custeadas pelo poder público, assegurando-se condições para a efetiva participação de todos;</li><li>- criação de plenárias e de conselhos populares e sindicais com o objetivo de subsidiar técnica e politicamente os Conselhos e o SUS.</li></ul>

Fonte: (BRASIL, 1992, p.33-39)

Já a X Conferência Nacional de Saúde, ocorreu entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, contando com a participação durante as atividades de 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores. Passados quatro anos da realização da IX Conferência, ressalta-se no relatório final, que a despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuavam em grave crise no Brasil. Pairavam, ainda, amplas críticas às políticas econômicas de cunho neoliberais, “imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional”, que resultavam em “dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas exclusão social, violência, doença e morte.” (BRASIL, 1996, p. 13)

Referente ao Controle Social, os participantes da 10ª Conferência ressaltaram a necessidade do aprofundamento e fortalecimento do controle social, reafirmando a obrigação



de os gestores cumprirem com a legislação do Sistema Único de Saúde, no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde na formulação e execução da política de saúde. (BRASIL, 1996, p.14) Concernente à participação popular, extrai-se as seguintes recomendações em destaque:

Quadro 3 – Tratamento dado à participação popular na X Conferência Nacional de Saúde.

<b>Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde</b>
<b>Diretrizes:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Estimular a articulação sistemática entre conselhos, conselheiros de saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e ações;</li><li>-Estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde;</li><li>-Promover eventos e oficinas abertas visando informar os usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania;</li><li>-Os conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, por exemplo, o orçamento participativo setorial, sob controle e coordenação dos Conselhos de Saúde; fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, para discutir questões relativas ao SUS e à Reforma do Estado.</li></ul>

Fonte: (BRASIL, 1996, p.41-46)

O relatório final desta Conferência evidenciava que a construção de um novo modelo de atenção à saúde, deveria necessariamente, ocorrer pela maior autonomia dos municípios, das regiões e pela reafirmação da participação popular e o controle social com conselhos paritários, tripartites e deliberativos. (BRASIL, 1996, p.13)

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em Brasília, entre 15 e 19 de dezembro de 2000, envolveu cerca de 2.500 delegados participando dos grupos de trabalho. O relatório destaca que passados 14 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico para o início do processo de construção do Sistema Único de Saúde, “é possível constatar avanços. É significativa a transformação urbanística, sanitária e de criação do arcabouço jurídico institucional ocorrida”. (BRASIL, 2000, p.11)

O modelo econômico adotado pelo governo à época continuou sendo fortemente criticado durante a XI Conferência,

A ótica economicista, própria do neoliberalismo, transforma a saúde e a vida em mercadorias e, assim, desvincula-as dos valores humanos. As pessoas não são vistas, o que importa são as planilhas de custo e a acumulação e concentração do capital. Desprezando e virando as costas para as recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, o Governo FHC tem sido um fiel cumpridor das orientações do Fundo Monetário Internacional. O Governo Federal não tem priorizado políticas



sociais, em consonância com interesses de um projeto de reforma do Estado de caráter neoliberal, o que tem colaborado para aprofundar o abismo social entre ricos e pobres, agravando as já marcantes desigualdades sociais existentes no País. (BRASIL, 2000, p.20)

Segundo os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde houve significativo avanço no Controle Social do SUS nos anos anteriores a conferência, atribuído às intensas mobilizações e lutas, que contribuíram para a “melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde”. Observaram também que os Conselhos Municipais de Saúde foi o mecanismo de controle social que mais avançou na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos. (BRASIL, 2000. p.44)

Quanto às proposições que tratam da participação popular, vejamos:

Quadro 4 – Tratamento dado à participação popular na XI Conferência Nacional de Saúde.

<b>Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde</b>
<b>Diretrizes:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Indicam a necessidade de ampliação de espaços de Controle Social, criando Conselhos Municipais e Estaduais de Cidadania. Esses conselhos deverão operar como instrumentos capazes de promover a conscientização da população e o enfrentamento político mais amplo das propostas político-administrativas contrárias aos interesses populares;</li><li>- Necessidade de se criar Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicos ou conveniados (incluindo os Hospitais Universitários), garantindo a participação dos trabalhadores e usuários na sua composição;</li><li>- Necessidade de viabilização de outras formas de participação na discussão de políticas públicas, como a implantação do Orçamento Participativo, visando a qualificar a participação e o Controle Social;</li><li>- Instalação de serviços do tipo “DisqueSUS”, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, podem, igualmente, contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de Controle Social do Sistema;</li><li>- Obrigatoriedade da participação dos suplentes dos conselheiros nas reuniões ordinárias do conselho;</li><li>- Indicação de conselheiros dos segmentos de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços seja realizada pelos segmentos/entidades aos quais os mesmos pertençam, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores;</li><li>- Estimular a presença, nos cursos de capacitação de conselheiros e usuários do SUS, de lideranças sociais, trabalhadores de saúde e gestores, para discutirem e deliberarem sobre a complexidade dos problemas do SUS, incluindo nesses esforços o tema da Política Pública Nacional de Recursos Humanos para a Saúde;</li><li>- Amplo processo de mobilização popular para fazer cumprir as deliberações das instâncias de Controle Social do SUS, bem como estabelecer sanções e penalidades aos gestores públicos que, arbitrariamente, desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde;</li><li>- Estimular a formação de Comissões Temáticas Permanentes, como forma de ampliar e fortalecer a participação da população nos Conselhos, garantindo suporte técnico por parte dos gestores;</li></ul>



- Criar condições para que os conselheiros de saúde façam discussões com as comunidades sobre as questões de saúde, SUS e políticas públicas;
- Criar condições que visem ampliar a participação das mulheres nas diferentes instâncias de Controle Social, investindo na capacitação de mulheres para o exercício desse direito e a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher no âmbito estadual.

Fonte: (BRASIL, 2000, p.59-82)

Partindo para próxima análise, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, inicia seu Relatório Final ressaltando que a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2003, marcou um novo momento histórico para o país. “A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta”. (BRASIL, 2003, p.13)

O Sistema Único de Saúde é uma conquista da sociedade brasileira. Ele é fruto da luta por um sistema de saúde que atenda a toda a população, sem nenhum tipo de discriminação. Hoje, o SUS é a maior política de inclusão social existente no País. No entanto, não é possível ignorar os seus paradoxos: de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para aids; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos serviços básicos, de urgência, às consultas. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços. (BRASIL, 2003, p.13)

Programada para acontecer em 2004, a 12ª Conferência foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou pelo fio condutor dos 15 anos do Sistema Único de Saúde. Realizada em Brasília de 7 a 11 de dezembro de 2003, contando com mais de 4.000 cidadãos, que discutiram e deliberaram sobre os rumos do SUS. A Conferência ficou conhecida pelo nome de “Sergio Arouca”, em homenagem ao ilustre sanitarista e ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde falecido pouco antes do evento. (BRASIL, 2003, p.15)

O relatório final dessa Conferência afirma que o controle social e a gestão participativa no SUS “contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços”. (BRASIL, 2003, p.101)

Constatou-se que os Conselhos de Saúde mesmo com os avanços no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, ainda enfrentavam obstáculos importantes, dentre os quais: não exercício do seu caráter deliberativo; precárias condições operacionais e de infraestrutura; ausência de outras formas de participação; falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e baixa



representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. (BRASIL, 2003, p.101)

Frente a esses problemas, diversas diretrizes foram formuladas e elencadas no relatório final, destas, as que tratam da participação popular são as seguintes:

Quadro 5 – Tratamento dado à participação popular na XII Conferência Nacional de Saúde.

<b>Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde</b>
<b>Diretrizes:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação dos cidadãos nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando a efetivar e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do “SUS que queremos”;</li><li>- Criar outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, possibilitando a participação popular nas discussões e resoluções dos seus problemas;</li><li>- Ampliar o debate sobre o SUS e o controle social com a participação da sociedade, imprensa, poderes Legislativo, Executivo, Ministério Público, Controladoria Geral da União e Tribunais de Contas da União, Estados e Municípios;</li><li>- Promover a educação popular e em saúde, divulgando os direitos, capacitando lideranças, baseando-se nos princípios fundamentais de cidadania, humanização e direitos relacionados com aspectos de gênero, orientação sexual, identidade sexual, etnia, raça e outros, e informando sobre o SUS, Conselhos de Saúde, conselhos gestores e conferências como instâncias do controle social do SUS;</li><li>- Criando um espaço para discussão com usuários, divulgando a agenda dos conselhos, os serviços prestados pelo SUS, bem como sobre as reais necessidades dos usuários;</li><li>- Estimular a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na saúde, fomentando a organização da juventude para a importância desse controle e incluindo o tema SUS nas atividades escolares;</li><li>- Incentivar a formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apoiar e dinamizar suas ações, viabilizando a participação dos conselheiros locais em conferências, fóruns de saúde e outros eventos semelhantes;</li><li>- Organizar reuniões e seminários, aproveitando os espaços existentes nas comunidades (escolas, igrejas, centros comunitários, comunidades indígenas e de quilombolas, e templos religiosos), com o objetivo de discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres;</li><li>- Garantir a participação de representantes dos movimentos sociais e de entidades da sociedade civil, e conselheiros de saúde na instituição de comitês de estudo e prevenção de mortalidade materna, em todos os estados e municípios e nos comitês regionais reunindo municípios menores;</li><li>- Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões, divulgando informações sobre as realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS;</li><li>- Estimular os Conselhos de Saúde para que entidades de moradores e ONGs participem na</li></ul>



divulgação de serviços de saúde esclarecendo a população quanto à atenção básica de saúde, assim como acerca do controle social e da gestão participativa;

- Propiciar a participação de diferentes etnias e minorias de forma que, nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, a composição da representação de usuários eleita pelos movimentos sociais organizados respeite as especificidades raciais, étnicas, religiosas e demográficas do município e da região;
- Exigir a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios-sede dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), que promovam a participação dos trabalhadores, movimentos populares, associação de vítimas e portadores de seqüelas de acidentes do trabalho.

Fonte: (BRASIL, 2003, p.100-112)

A realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 2007, simbolizou o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas de saúde, e um exemplo disso foi a realização de 4.430 Conferências Municipais, representando 77% de todos os municípios do país. (BRASIL, 2008, p.7)

O ministro da saúde à época, José Gomes Temporão, ressaltava que apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS apresenta desafios, relacionados à “gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros e à utilização dos mesmos de maneira eficiente, entre outros”. (BRASIL, 2008, p.8)

Pela primeira vez uma Conferência foi coordenada pelo presidente eleito do CNS, o relatório final descreve que os debates ocorreram de forma equilibrada, com certos acirramentos, as discussões participativas, maduras e menos conservadoras, de fato sintonizadas com os preceitos do Sistema Único de Saúde, fizeram o diferencial dessa Conferência. (BRASIL, 2008, p.9)

As diretrizes que versam sobre a Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde encontram-se no Eixo III do relatório, conforme quadro abaixo:

Quadro 6 – Tratamento dado à participação popular na XIII Conferência Nacional de Saúde.

<b>Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde</b>
--

<b>Diretrizes:</b>
--------------------



- Apoiar e incentivar a participação social no movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com a criação de entidades que incorporem usuários, familiares e profissionais de saúde, para garantir a extinção de qualquer tratamento violento e invasivo em saúde mental;
- Que a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) contemple no seu orçamento recursos específicos para a realização de oficinas de trabalho que abranjam temas como controle social, SUS, políticas de Saúde Indígena e Segurança Alimentar, respeitando as organizações próprias de cada comunidade indígena;
- Que as conferências de saúde sejam um espaço efetivo de inclusão social de todos os atores envolvidos com o SUS, em especial os usuários e os trabalhadores, incluindo todas as raças, gêneros e etnias e estimulando a participação de observadores em todas as suas etapas, além da recomendação de que as vagas de delegados do segmento dos usuários e profissionais de saúde não sejam ocupadas por pessoas com cargo de coordenação e chefia na gestão;
- Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população;
- Realizar audiências públicas para discussão de temas prioritários em saúde, contemplando a participação dos Conselhos de Saúde e da sociedade;
- Que os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde organizem, com ampla divulgação, suas reuniões em locais públicos e itinerantes, permitindo maior participação da sociedade e o exercício da cidadania;
- O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos intersetoriais para estimular a mobilização, a organização e a participação da população nos espaços de controle social, em especial os movimentos estudantil e social, com a implementação de programas de educação em saúde e mobilização social voltados para a concretização de agenda de luta em defesa do SUS, dos direitos humanos, da saúde e da cidadania;
- O Ministério da Saúde deve articular-se com o Ministério da Educação para a criação de uma linha de financiamento permanente para subsidiar técnica e operacionalmente os processos de educação popular em saúde, com o intuito de formar e qualificar a população para a participação e o controle social no SUS, buscando o fortalecimento de experiências de protagonismo popular, a troca de saberes, a interiorização e a descentralização dos mesmos;
- Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde criem espaços de discussão interdisciplinar e intersetorial e realizem fóruns permanentes de debates sobre políticas de saúde e programas prioritários do governo, esclarecendo a população sobre seus direitos e deveres, as ações de prevenção e promoção de saúde, oportunizando a participação de todas as raças, gêneros e etnias, favorecendo a proximidade entre os serviços e a comunidade, para o fortalecimento da participação social no SUS e maior qualidade da atenção à saúde;
- Promover um debate nacional pela repolitização da discussão sobre o direito à saúde e a defesa do SUS, debate esse que deve ser amplo, incluindo todos os usuários, profissionais e gestores do SUS e outros atores da sociedade, e criar o Fórum Nacional para discussão do controle social nos estados e municípios, para a melhoria da qualidade de vida dos usuários;
- Promover uma ampla avaliação do processo de participação e controle social do SUS, em todas as esferas de gestão, de forma a aperfeiçoar a participação social na gestão do sistema, inovando estratégias e práticas e consolidando a relação entre Estado, Governo e sociedade civil na corresponsabilização pela produção de saúde coletiva. Tal avaliação deve incluir as





conquistas, dificuldades, distorções e os desafios de conselhos, conferências e outras modalidades de participação e deve ter como perspectiva a consolidação da Gestão Participativa do SUS;

- Apoio em projetos que viabilizem a disponibilização de materiais educativos que estimulem a participação popular, para utilização em atividades coletivas de educação em saúde;

- Aprimorar a participação popular por meio de revisão da metodologia da realização das Conferências de Saúde de forma a estipular um número mínimo de propostas estruturantes por eixo temático que deverão ser acatadas por todos os municípios, estados e pela Federação e possibilitar a efetiva fiscalização, o acompanhamento e a avaliação pelos respectivos Conselhos de Saúde;

- Recomendar aos Conselheiros Estaduais e Municipais a ampliação de vagas para que contemplem o movimento estudantil em saúde na efetivação do controle social, tendo em vista que os princípios que regem a formação profissional são determinantes para a promoção da humanização em saúde, atendendo ao que preconiza a Resolução nº 3.331/2003.

Fonte: (BRASIL, 2008, p.158-188)

O Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, foi o palco da 14ª CNS, que aconteceu entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011. Foram realizadas 4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 Estados brasileiros.

Os esforços para ampliação da participação da sociedade brasileira, sobretudo dos segmentos mais excluídos, foi determinante para dar maior legitimidade à 14ª Conferência Nacional de Saúde. Para os delegados da conferência, este esforço deveria ser estendido de forma permanente, pois ainda encontrava-se desigualdades de acesso e de participação de importantes segmentos populacionais no SUS. (BRASIL, 2012, p.89)

Um fato que chama atenção é que desde IX Conferência já se falava da necessidade dos poderes executivos de reconhecerem os Conselhos como instâncias deliberativas, dezenove anos depois os delegados da XIV Conferência ainda evidenciavam “a incompreensão dos gestores para com a participação da comunidade garantida na Constituição Cidadã e o papel deliberativo dos conselhos traduzidos na Lei nº 8.142/90. Superar esse impasse é uma tarefa, mais do que um desafio”. (BRASIL, 2012, p.89-90)

As diretrizes e propostas debatidas durante os quatro dias de conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Sobre o tratamento dado a participação popular, os delegados de todo o País recomendaram o que segue:

Quadro 7 – Tratamento dado à participação popular na XIV Conferência Nacional de Saúde.

**Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde****Diretrizes:**

- Fortalecer o controle social autônomo, paritário, democrático e deliberativo em todas as agências de fiscalização para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum, legitimando os conselhos de saúde como espaços estratégicos de gestão participativa [...];
- Fortalecer o planejamento estratégico entre todos os setores e os conselhos de saúde, no sentido de contribuir para articular, mobilizar e estimular a participação popular na elaboração e modificação dos termos de compromisso do pacto de gestão, para defender o SUS;
- Mudar o modelo de atenção e fortalecer a participação popular, com vistas a uma atenção à saúde universal e de qualidade;
- Fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, com processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se a importância da juventude nesse processo e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde;
- Instituir a criação dos conselhos locais de saúde e fomentar a participação das comunidades, sobre a importância do controle social, dando ênfase aos direitos e deveres do usuário, criando material informativo, bem como divulgação em todos os meios de comunicação sobre as experiências exitosas do SUS, dando publicidade às atas dos conselhos de saúde;
- Implementar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde e líderes comunitários, através da educação popular para efetivar seu comprometimento perante as ações de saúde, com participação e financiamento das três esferas de governo [...];
- Incluir informações sobre cidadania e controle social do SUS no currículo escolar, visando a conscientização sobre a importância do controle social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular;

Fonte: (BRASIL, 2012, p.19-27)

Quatro anos após a realização da XIV Conferência, é convocada a XV Conferência Nacional de Saúde, ainda sob o governo de Dilma Rousseff, realizada em Brasília, de 1 a 4 de dezembro de 2015.

Segundo Campos (2016, p.1) A XV Conferência Nacional de Saúde aconteceu como um impressionante ritual de democracia participativa. Uma comemoração, uma mobilização política e um espaço de gestão.

Milhares de delegados discutindo e deliberando sobre procedimentos regimentais e sobre vários aspectos da política de saúde. Ademais, a Conferência Nacional foi a síntese de um processo capilar e organizado em rede, que envolveu mais de um milhão de pessoas em encontros regionais, setoriais, conferências livres e ainda municipais e estaduais. O exercício concreto de método de gestão em busca da



democracia direta. Um esforço consistente de superação das limitações e dos vícios do funcionamento tradicional do Estado moderno e, portanto, da gestão burocratizada ou privatizada de políticas públicas. Uma aposta alta em uma reforma radical da gestão pública por meio da invasão do Estado pela sociedade civil. (CAMPOS, 2016, p.1)

Desta feita, ressalta-se que pela primeira vez, estava a frente como presidente do Conselho e da Conferência uma mulher e ainda uma representante dos usuários. Porém, os delegados das Conferências vêm observando, contudo, que esta “performance inovadora de democracia popular não tem garantido, automaticamente, efetividade política a essa forma de exercício de poder”, pois as resoluções de conferências anteriores não têm orientado o planejamento e a gestão do SUS. (CAMPOS, 2016, p1)

Desde já, os autores do artigo salientam que durante as pesquisas realizadas não foi encontrado o relatório final dessa Conferência Nacional no ambiente virtual. De toda forma, foi encontrado um documento que representa as Diretrizes aprovadas nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final. Sob as deliberações que envolvem a participação popular, segue o quadro: Quadro 8 – Tratamento dado à participação popular na XV Conferência Nacional de Saúde.

<b>Relatório Final da XV Conferência Nacional de Saúde</b>
<b>Diretrizes:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social e fomentar a participação social, em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã e o caráter deliberativo dos Conselhos de saúde;</li><li>- Fortalecer as instâncias de Controle Social, especialmente as Conferências e Conselhos de Saúde, como espaços estratégicos de gestão participativa, garantindo o caráter autônomo, paritário, democrático e deliberativo na formulação de políticas para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum;</li><li>- Fortalecer a participação social em todas as políticas públicas, ampliando os canais de interação com a população, com transparência e participação cidadã;</li><li>- Efetivar as instâncias de controle social e articulá-las entre si para o fortalecimento da participação social cidadã em todas as políticas com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais resolutivas;</li></ul>

Fonte: (BRASIL, 2015, p.3).

Com fortes críticas, Campos (2016, p.1-2) descreve que o sentimento pós-conferência era de que nada asseguraria que os gestores acatariam as diretrizes e deliberações coletivas tomadas na conferência. E para o autor, ainda mais grave, é o fato de parecer que as resoluções da XV CNS não cairão nos corações e nas mentes da sociedade. “Quem se recorda do documento final da XIV CNS? Quem o leu? Quem terá notícia da indignação e dos caminhos apontados para defesa do SUS e do direito à saúde durante a XV?”. Reforça o autor que a força da gestão participativa depende da conexão com movimentos sociais e com a



opinião pública. Conclui dizendo que se vivencia um tempo de enfraquecimento de todas as formas de representação popular, sendo que a vitalidade dos conselhos e das conferências depende de uma radical reinvenção da própria política.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os temas relativos à participação popular nos relatórios finais das Conferências Nacionais, como foi possível identificar, apresentaram-se de forma bem delimitadas, marcadas por alguns deslocamentos de sentidos.

Observa-se que no primeiro momento a participação popular é determinante para a constitucionalização do “controle social” nas políticas de saúde, fruto dos movimentos que buscaram democratizar o acesso aos serviços públicos de saúde, de maneira a torná-lo universal, gratuito e de qualidade.

Depois, no decorrer da análise dos relatórios, observou-se que à participação popular já sob a égide das legislações do SUS, concentrava-se em alguns momentos, na busca pela garantia e cumprimento do que fora constitucionalizado pela CF/88 e nos dispositivos infraconstitucionais, a participação popular nesse período representava fortemente a prática externa de acompanhamento e fiscalização do SUS. Esse sentido foi constatado nas três primeiras conferências realizadas após a Constituição de 1988.

Outro sentido para a participação popular observa-se a partir da realização da XII Conferência Nacional de Saúde, pois além do sentido de fiscalização, ela ganha contornos de práticas decisórias no âmbito das políticas de saúde, tanto que os relatórios ressaltam a necessidade do aprofundamento participativo (agora não só os conselheiros) mas um diálogo permanente com os movimentos sociais, os trabalhadores, os indígenas e os quilombolas. Ressaltando, ainda, a importância/necessidade dos cursos de formação para a atuação, não só dos conselheiros, mas dos usuários de todo o Sistema Único de Saúde.

Esse contexto apresentado nos relatórios das conferências espelham a necessidade de fortalecimento do SUS e o rompimento com práticas cartorárias existentes no âmbito da participação popular em saúde, que se constituem na existência de conselhos meramente formais, que cumprem apenas os requisitos para o recebimento dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para os municípios. Faz-se necessário romper com esse quadro, a continuidade do SUS como um patrimônio do povo brasileiro depende da efetiva participação da Sociedade no controle social em saúde. Não podemos esquecer o SUS é e sempre foi



desde a sua criação um projeto em disputa entre aqueles que o querem como uma conquista da Sociedade e aqueles que desejam o seu sucateamento e a privatização de seus serviços.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

BAPTISTA, Tatiane Vargas de Farias. História de políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa (Org.). **Políticas de saúde e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 28-60.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 04 abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 6.229**, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm)> Acesso em 04 abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2017

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2017

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2017



\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2017

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_13\\_cns\\_M.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_13_cns_M.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2017

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2017

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Aprovadas nos Grupos de Trabalho ou na Plenária Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documento/noticias/95b047b825f37077073d2f300716d9b3.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2017

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. XV Conferência Nacional de Saúde: o que comemorar e o que criticar?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 5-6, mar. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mai. 2017.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo de reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GONÇALVES, Maria de Lourdes. **Participação Social no Sistema Único de Saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. SP. 1999. 252 f. Tese (Programa interunidades de Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, USP, Ribeirão Preto, 1999.

KRÜGER, Tânia Regina. Conferências nacionais de saúde: ganhos democráticos ou reprodução da nossa cultura política?. **Rev. Serviço Social & Saúde**. Campinas, v. 6, n. 6, mai. 2007. p.117-126

MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.





VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa**: Pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 540p, Tese (Doutorado em Direito), Programa de Pós-Graduação em Direito, UFSC, Florianópolis. 2013.