

CONTROLE SOCIAL E A DEMOCRACIA: A SAÚDE E O SUS BRASILEIRO

Maria Luiza Milani¹
Sandro Luiz Bazzanella²

RESUMO: A relação saúde e democracia perpassou a composição da política pública de saúde brasileira como parte do processo do controle social. A convocação para a 16 Conferência Nacional de Saúde (=8 + 8), realizada em agosto de 2019, conclamou o povo a discutir saúde e democracia, o que alerta para as ameaças que estão sendo concebidas no estado de exceção que se instalou no Brasil a partir de 2016 com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016. O presente artigo questionou sobre como a sociedade democrática de direito, o controle social e a participação popular se posicionaram e se posicionam perante o direito humano à saúde. Nessa direção, o estudo objetivou evidenciar, sob recortes, o processo da concepção desse sistema que advém de marcante presença popular, organizada e proposta por meio de uma vivência de controle social para o sustentáculo das premissas e das bases da saúde pública brasileira. Foi utilizada a pesquisa exploratória e bibliográfica, bem como referencial profissional na participação em conferências municipais de saúde entre os anos de 2009 a 2019, e em conselho municipal de saúde nos anos de 2017 e 2018. Como resultados, foram abordadas as concepções acerca da saúde, do sistema único de saúde da mais recente política pública brasileira de saúde pública, bem como a concepção e processos do controle social e sua relação com o entendimento de democracia em cena no Brasil. Conclui-se que a saúde pública, universal, gratuita e de dever do Estado, concebida pela vontade e participação ativa e democrática da população brasileira, está ameaçada.

Palavras-Chave: Saúde. Controle social. Democracia. SUS brasileiro.

SOCIAL CONTROL AND DEMOCRACY: HEALTH AND BRAZILIAN SUS

ABSTRACT: The relationship between health and democracy has permeated the composition of the Brazilian public health policy as part of the social control process. The convocation for the 16th National Health conference (= 8 + 8), held in August 2019, urged the people to discuss health and democracy, which warns of the threats being conceived in the state of exception that has settled in Brazil from 2016 with the amendment Co N ° 95 of 2016. This article questioned how the democratic society of Law, social control and popular participation were positioned and positioned before the

¹ Assistente Social e Docente do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado. Santa Catarina. Brasil. E-mail: marialuiza@unc.br

² Filósofo e Docente do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado. Santa Catarina. E-mail: sandro@unc.br

human right to health. In this direction, the study aimed to highlight, under cutouts, the process of conception of this system that comes from a remarkable popular presence, organized and proposed through an experience of social control to the sustainability of the assumptions and bases of public health brazilian. Exploratory and bibliographic research was used, as well as a professional reference for participation in municipal health conferences between the years 2009 to 2019, and in the Municipal Health Council in the years 2017 and 2018. As results, we addressed the conceptions about health, the single health system of the most recent public health policy in Brazil, as well as the conception and processes of social control and its relationship with the understanding of democracy on the scene in Brasil. It is concluded that public health, universal, free and duty of the State, conceived by the will and active and democratic participation of the Brazilian population, is threatened.

Key Words: Health. Social control. Democracy. Brazilian SUS.

1 INTRODUÇÃO

Em entrevista no dia 24 de setembro de 2015, Paim afirma: “SUS não veio dos políticos, foi uma conquista da sociedade civil.” Esta afirmação corrobora a indagação do porquê a convocação para a 16 Conferência Nacional de Saúde, em 2019, conclamou o povo a relacionar e a discutir dois temas essenciais para a saúde pública brasileira: saúde e democracia. Entre as justificativas conjunturais do tema, essa conferência deveria refletir e analisar os riscos de extermínio a uma saúde pública, universal, gratuita e de dever do Estado, concebida pela vontade e participação ativa e democrática da população brasileira.

Diz o texto da convocação para a 16 Conferência Nacional de Saúde (=8 + 8) em 2019: “LUTAR PELA SAÚDE É LUTAR PELA DEMOCRACIA” (CNS, 2019, p. 8). A afirmação da democracia, do Estado Democrático de Direito é condição *sine qua non* para a garantia de serviços públicos gratuitos, de qualidade e universalizados.

Complementa o documento orientador dessa Conferência Nacional, com o fato de que se deve instigar do usuário, ao gestor, ao profissional e aos setores da sociedade prestadores de serviços, que se tornem guardiões da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988, imbuídos da condição indissociável entre saúde e democracia e que permaneçam resistentes em defesa do direito humano à saúde. Ou seja, é a conclamação para a população brasileira reagir frente as ameaças à saúde como direito fundamental, bem como, resguardar a política

pública sem retrocessos e avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado concreto da relação saúde e democracia.

O cenário nacional evidencia a necessária vigilância quanto ao sistema de saúde conquistado por meio da mobilização social no Brasil desde meados do século XX e reafirmado com a Carta Constitucional de 1988. Esses aspectos confirmam que no campo da saúde ocorreu uma das mais relevantes transformações em termos de política pública nacional, construída pela participação popular.

A concepção de saúde é inerente ao fenômeno humano e, nesta perspectiva, é marcada pela polissemia e implica decisões individuais, mas sobretudo decisões sociais e, nesta direção, porta na sua operacionalidade contradições e interesses antagônicos.

A concepção de saúde pública em vigência e que fundamenta a política pública brasileira, referendada pela Constituição Federal (CRFB) de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, é uma construção oriunda da mobilização social e da prática do controle social, resultante de uma experiência democrática na qual a participação comunitária foi decisiva para a sua concepção e garantia constitucional. Tal expressão da luta pela democratização da saúde pública se encontra materializada na forma da lei: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, [...] (Art. 196, CRFB, BRASIL, 1988);

O Brasil é o único país do mundo, com mais de 100 milhões de habitantes, que tem um sistema de saúde público, composto por uma organicidade de estruturas, serviços e profissionais para atender a atribuição preconizada pela CRFB de 1988 de promover a saúde integral, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

O presente estudo objetivou evidenciar, sob recortes, o processo da concepção desse sistema que advém de presença popular, organizada e proposita por meio de uma vivência de controle social que sustentou os princípios da saúde pública brasileira.

Sob tais condições, tornou-se fundamental neste estudo abordar concepções de saúde, saúde pública, controle social e democracia, articulados em torno do escopo do SUS, advindo da dinâmica de mobilização da sociedade brasileira iniciado anos 30 do século XX e que se materializou no S.U.S. Ou seja, trata-se de reconhecer

a afirmação social, política e legal de uma política pública pioneira, que assegura os direitos humanos e sociais de brasileiros.

Porém, também se tratou de reconhecer que mesmo assegurado e legitimado pela CRFB de 1988 e pela LOS em 1990, o longo caminho da universalização como acesso e usufruto esbarra na processual, complexa e por vezes restrita participação social para a consolidação do SUS.

Nesse contexto, questionou-se sobre se a mobilização popular e democrática é condição necessária a afirmação, manutenção e expansão do SUS. O que se compreende atualmente por democracia? A democracia meramente institucional, praticada por governos neoliberais, se apresenta ameaçada pelo desmonte do SUS?

O artigo fundamentou-se em pressupostos metodológicos da pesquisa exploratória e bibliográfica, tendo como pano de fundo os debates e as mobilizações promovidas pelas conferências municipais de saúde entre os anos de 2009 a 2019, bem como, a partir das conferências e debates realizados no âmbito de Conselhos Municipais de saúde, entre os anos de 2017 e 2018. Portanto, tratou-se de exposição dos aspectos históricos entremeados por análises teóricas, conceituais e conjunturais em curso.

Assim, conforme enunciado acima, o texto abordou concepções de saúde, do sistema único de saúde de aspectos mais recentes da política pública brasileira de saúde pública, bem como a concepção e processos do controle social e sua relação com a concepção de democracia em cena no Brasil. Finalizou-se o estudo com a reflexão acerca das bases e direções da democracia, no contexto contemporâneo, comprometida em seus pressupostos por uma ditadura exercida pelo estado de exceção.

2 SAÚDE: DIREITO HUMANO À SAÚDE E A SAÚDE PÚBLICA

2.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DIREITO HUMANO À SAÚDE

Sustentar uma definição de saúde é reconhecer seu atrelamento a um tempo e espaço (SANTOS, 1994) no qual se apresentam questões e concepções que constituem aspectos do que se compreende por saúde. Para o senso comum, ao longo dos tempos, saúde seria não estar acometido por dores ou degenerações, as

quais ocasionassem sofrimento e restrição às pessoas. Nessa concepção, não havia preocupação com as questões que favoreciam a emergência dos males.

Na medicina grega antiga, Asclépio era a divindade que administrava a arte da cura. Hipócrates (460-377 aC), considerado pai da Medicina moderna, representa uma concepção de vida que se constituiu a partir da ideia de bem-estar, de ausência de ameaça de doenças (MOTA; MARINHO; BERTOLLI FILHO, 2014). Torna-se uma prática humana que vem atravessando os séculos e a cura para as doenças é impulsionada pelas mais diversas ciências e tecnologias, o que dá o aporte a sucessivas definições de saúde.

Na contemporaneidade, a definição de saúde foi ampliada para além da ausência de doenças. Saúde pode ser compreendida de "um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou doença" (OMS *apud* SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 01), como direito inerente à cidadania, assegurada conforme preceitos dos direitos humanos. Portanto, como um valor coletivo, um bem de humanidade.

Porta voz desta concepção, Sergio Arouca, em seu discurso de finalização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986, declarou que para uma saúde pública, universal, integral e de responsabilidade do Estado, a

[...] saúde não é simplesmente ausência de doença: "é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...]. (AROUCA, 1986.

A concepção de saúde expressa por Arouca em 1986, implicou o fato da população ter o direito a um sistema político que respeitasse a livre opinião, a livre possibilidade de organização e sua autodeterminação, considerando esses componentes da seletividade, da exclusão e da desigualdade. Seriam fatores que

sustentariam a resistência e os avanços para a superação da gravidade do estado de saúde da população.

Sob perspectivas teóricas, conceituais e analíticas refletidas e apontadas pelo filósofo e jurista italiano Norberto Bobbio (2004), os direitos fundamentais precisariam de instrumentos e estratégias que pudessem assegurá-los, para que assim estes possam ser protegidos e efetivamente garantidos.

Na convergência dos dois escopos, a reação ao cenário catastrófico do meio urbano da sociedade brasileira, sustentaria uma mobilização em torno da dignidade humana, colocando em jogo as definições e as práticas restritivas ao direito à saúde em todo o mundo.

A tomada de consciência sobre a violação desse direito e a busca por uma afirmação coletiva, repercutiria no âmbito internacional. No caso brasileiro os interesses populares sustentariam a concepção de um sistema único de saúde sob os fundamentos da celeridade. Integralidade, universalidade e resolutividade.

A concepção e a garantia constitucional da saúde como direitos universais na sociedade brasileira, referendaram acordos e diretrizes internacionais, afirmados na Carta das Nações Unidas, de 1945 na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, a qual detalhou os direitos fundamentais, expressamente o direito à saúde. (BOBBIO, 2004). Em termos jurídicos, essa declaração materializava a reação aos abusos do poder e dos governos e estabelece o compromisso dos estados em garantir e intervir, visando o respeito ao direito humano e à saúde.

O período que sucede a divulgação desses documentos (BOBBIO, 2004, p. 20-21) é marcado pelas mobilizações em torno da implementação e adoção das noções do direito humano (BOBBIO, 2004, p. 18-20) ao mais alto patamar de saúde física e mental. Assim, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) do ano de 1966, Art. 12, Parágrafo 1, amplia-se a definição do direito humano à saúde, ao estabelecer que “Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”.

A legitimação do direito humano à saúde alastrara-se como referência às débeis e excludentes políticas públicas no território brasileiro, as quais seguiam as diretrizes da contributividade e da seletividade do modelo de Bismarck.

Essa direção, mesmo que representasse um ganho da classe trabalhadora, referendava a responsabilidade ao âmbito do indivíduo, ao corpóreo. Neutralizava uma concepção de saúde ampliada, a qual articularia o contexto conjuntural promovido pelo desenvolvimento econômico aos das necessidades humanas (PEREIRA-PEREIRA, 2000). Bem-estar físico e mental remetia aos ditames do capital por trabalhador apto à produção e à relação horizontal entre saúde e doença – causa e consequência do modo de vida do indivíduo e não como reflexo das restrições socioeconômicas dos trabalhadores.

Sob tais pressupostos, acompanhava a implementação de políticas públicas o estabelecimento de critérios e aplicação de diretrizes, definidos pelos atores envolvidos que influenciavam diretamente na sua concepção de um estágio da atenção à saúde necessária, de acordo com o grau de prioridade que o mercado e o setor privado da saúde estabelecessem.

2.2 SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Na gênese na saúde pública brasileira e mesmo antes dos atuais princípios se constituírem, as iniciativas de uma política pública foram referenciadas a partir da mobilização dos trabalhadores, mais enfaticamente a partir dos anos 1920. Ou seja, no caso brasileiro, os trabalhadores, o setor privado e poder público travavam embates em que concediam espaço aos movimentos com maior intensidade no mercado de trabalho.

Autores que expuseram o paradoxo do direito e da negligência ao direito humano à saúde como Fleury (1997; bem como BRAVO, 1996, 2010, 2012; e MENICUCCI, 2014), advertem que a conjuntura nacional no final do século 19, traziam consigo o cenário acumulado de desatenções para com os trabalhadores, ex escravos, com os povos indígenas; com os trabalhadores do meio urbano, e os imigrantes europeus inseridos no território nacional, para cobrir a lacuna dos negros, caboclos e que foram amplamente explorados nos sucessivos modelos produtivos, mas em particular pelo modelo agroexportador vigente até os anos 1930 (PRADO JUNIOR, 1976).

Assim sendo, os trabalhadores do meio urbano incrementaram a industrialização e a urbanização e foram expostos a doenças, a exclusão e a pobreza.

Por outro lado, as vivências dos trabalhadores urbanos com alguma atenção do sistema de proteção social (em especial os alemães, poloneses e italianos), passaram a reagir ao débil ou inexistente atendimento à saúde, integrado ao sistema de proteção. Males e doenças mais corriqueiras vitimaram milhares de pessoas entre os anos de 1918 e 1919 (BRAVO, 2000)

Esse cenário sustentou iniciativas de caráter preventivo reconhecidas pela Lei Eloy Chaves de 1920. Segundo Bravo (1996), em sequência foram criadas as Caixas de Pensão (CAP), sistemas de contribuição para atender fatalidades e ao trabalhador fora do trabalho, precursor da proteção social. O enfrentamento das expressões da questão social pelo governo de Getúlio Vargas se constituiu na instituição dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Educação e Saúde e o Ministério da Indústria e Comércio, como estruturas de seu governo para responderem pelos aspectos relativos ao trabalho, educação, saúde e previdência social (BRAVO, 1996).

No período subsequente e com uma urbanização acelerada pelos programas governamentais de expansão industrial, afirmavam-se as organizações dos trabalhadores e a reação destas em relação às péssimas condições de trabalho. Imbuídos de referenciais de proteção social advindas da Europa, foram contidas pelo cooptação dos sindicatos e uma sequência de medidas de proteção ao trabalho e ao trabalhador.

Portanto, o movimento sindical foi contido pela iniciativa governamental de proteção social varguista, que passou a representar inclusão social para o trabalhador. Essa resposta de Vargas se constituiu na garantia de paz para os interesses de mercado, os quais vinham se posicionando contrários as reivindicações populares.

Essas organizações implementadas pelo governo Vargas, replicavam a seu modo o modelo de Bismarck no que tange a contributividade e seletividade pelo necessário vínculo a um grupo de trabalhadores, mas condicionados a inserção no mercado de trabalho.

No bojo destes movimentos preliminares conduzidos na efervescência da industrialização, permite-se considerar que uma possível experiência democrática tenha vigorado no período de 1946-1964. Mas, a partir do golpe militar de 1964 se instaurou um cenário excludente da participação social.

Os direitos sociais quase não evoluíram durante o período de 1946 a 1964, no qual se vislumbraram episódios de um processo democrático. A elaboração e implementação de políticas e programas públicos, nos anos 1940 por Getúlio Vargas, pouco avançou no campo dos direitos sociais e nos anos de 1950 a 1970, configurou-se como direitos restringidos, ou seja, seletivos, contributivos e insuficientes, como foi o caso da saúde pública brasileira.

A experiência democrática que se evidenciou no período de 1946 a 1964, constituiu-se a partir de pressões populares. Estas sustentaram a realização das conferências de saúde, quando se discutia as questões em torno de uma saúde pública de qualidade (BRAVO, 1996).

A suspensão abrupta na liberdade de manifestação e expressão popular, a partir do golpe militar de 64, refreou o processo de melhoria e ampliação da saúde como direito. O processo de abertura política que se instaurou no Brasil a partir de meados dos anos 70, permitiu, no âmbito da saúde, a emergência de um movimento significativo, agregando novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população da brasileira. A reforma sanitária então se constituiu pelo caráter de movimento social e inseriu interesses convergentes à luta por uma sociedade democrática.

O movimento sanitário foi o mais enfático processo na contestação da saúde pública que vinha sendo desenvolvida até então. “A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena, o fizeram postulando a democratização da saúde” (BRAVO, 2012, p. 1).

O anseio de se vivenciar a liberdade e a construção de uma sociedade democrática, suspensa pela ditadura, mobilizou diversos e inclusive antagônicos sujeitos sociais na mesma direção. Todavia, o movimento sanitário que elaborou o projeto de reforma sanitária brasileira, agiu em oposição ao modelo de saúde pública praticado durante a ditadura, o qual privilegiou a iniciativa privada na oferta de serviços e recursos de saúde.

Além de contestar essa situação enfatizada no período entre 1964 a 1974, o movimento sanitário visou adensar a politização da saúde com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária. O movimento sanitário contou com relevante aliado, o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES), (FLEURY, 1997), o qual foi conferindo consistência científica ao processo.

Entre as motivações para a instalação da ditadura militar a partir de 1964, uma delas era cercear os avanços sociais que desequilibravam as relações autoritárias de poder. Assim, qualquer demonstração que evidenciasse avanços democráticos era ceifada pela repressão.

Porém, mesmo com a repressão, o movimento sanitário ousou avançar na construção de uma política pública de saúde orientada pelos princípios da universalidade e da igualdade. O cenário prospectado ao período seguinte, em especial na década de 1990, foi marcado pela pobreza e exclusão, ameaçadores da ordem vigente e a autoproteção do mercado da saúde foi garantido pela institucionalização da saúde privada, concomitante ao processo desencadeado pela reforma sanitária.

Por conseguinte, o projeto da reforma sanitária assumiria os preceitos da dimensão política no interior da saúde pública. Assim se fez o movimento sanitário, produzindo proposta para uma saúde pública brasileira arrojada e inédita. Conforme afirma Menicucci (2014, p. 2), “A reforma sanitária que foi feita visando a criação do SUS, gravada na Constituição, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então”. Os princípios fundantes da política de saúde são completamente alterados em função da criação do sistema único.

A reforma sanitária legitimada pela CRFB de 1988 propiciou sustentação a um sistema de saúde mediante políticas públicas. O Art. 194 da CRFB de 1988, definiu que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Assim sendo, o texto constitucional foi desdobrado pelas leis complementares 8080 e 8142, ambas de 1990, bem como um conjunto de medidas que visaram concretizar os princípios estabelecidos para o SUS.

No desdobramento desse artigo, a saúde passou a ter garantia como direito humano e fundamental nos Art. 196, ao 200, da CRFB de 1988, sob os preceitos do direito universal, não contributivo e dever do estado.

Sob tais pressupostos, o acesso e usufruto dos serviços, programas e intervenções oportunizadas pelo SUS, devem ocorrer de forma gratuita e integral com resolutividade por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Logo, o “acesso a ações e serviços se torna universal, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania e que o conjunto de impostos e contribuições que todos os brasileiros e brasileiras recolhem regularmente às esferas de governo, deve ser a fonte da sustentabilidade” (CNS, 2019, p 15).

As participações sociais populares, entremeadas nos sucessivos episódios do processo da construção de uma política pública de saúde, expressaram a vontade popular presente nas diretrizes do SUS. Porém, os termos “participação da comunidade”, do texto constitucional de 1988, possibilita ampla interpretação para a abrangência da democracia que se legitimou e o que levaria a participação dos usuários na gestão do SUS.

Mas, como diz Vieira (1992, p. 67), “O pensamento liberal é produção ideológica que reflete os interesses e as pretensões da sociedade burguesa, parecida com a revolução Industrial na Inglaterra”. O que pode ter definido essa reduzida afirmação constitucional sobre a participação necessária a uma sociedade democrática.

Nas conferências e nos conselhos de saúde, a participação popular era relativamente constante, porém, o diferencial dessa participação pós CRFB de 1988 implicou a sua estruturação nas três esferas governamentais, como um percurso facilitador de diálogo entre a sociedade civil com os governos e com o estado.

O princípio da universalidade preconizou o atendimento de todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, com acesso às ações amplas e integrais dos serviços de saúde. O princípio da equidade cujo sentido pautou-se em tratar desigualmente os desiguais, a priori investiu mais naquilo em que a carência seria maior. A rede de serviços que materializaria o SUS deveria estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. Logo, entre as competências dos conselhos municipais de saúde, a proximidade com a realidade social cotidiana permitiria a aproximação entre a demanda dos sujeitos com as respostas ao direito humano à saúde. A equidade se tornou, portanto, um princípio de justiça social (FLEURY, 1997).

No âmago da equidade se encontra o princípio da igualdade, contraponto a desigualdade social asseverada nas transformações societárias históricas em que a exclusão social constituiu-se nos meandros da organização social brasileira umbilicalmente articulada ao sistema produtivo (PRADO JUNIOR, 1976). A igualdade

deveria ser favorecida pela equidade, uma vez que no traçado histórico da política pública de saúde, a inclusão social deveria ser proporcionada pela universalidade. É relevante realçar que na configuração anterior ao SUS, os segmentos populacionais não contribuintes com o sistema de proteção social somente acessavam a saúde pública na condição de trabalhador, situação que gerou o cenário da desigualdade e exclusão social, assumidos pela definição de saúde direito de todos, preconizados pela CRFB de 1988.

À medida que a mobilização social avançou na legitimação de uma política pública de saúde, a cidadania se tornou um preceito na organização popular dos trabalhadores. O sentido da cidadania, que sustenta este texto, abriga a explicação da trajetória de configuração de seus elementos constitutivos.

Na trajetória social e política brasileira, a política pública de saúde dos períodos mais recentes, demonstra uma cidadania retardatária, anunciada pelos desdobramentos por meio programas (BRAVO, 2000), investida de uma combinação peculiar de "cidadania regulada" com a "cidadania invertida" (TEIXEIRA, 1985).

Por cidadania invertida, ficou caracterizado o processo que permitiu o acesso a serviços e direitos não como direito, mas como consequência de condição de sujeito excluído, ou como referência Teixeira (1985), acesso pela condição de não cidadão.

3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL E A SAÚDE BRASILEIRA

Na trajetória política e social da sociedade brasileira recente, a saúde proporcionou uma experiência da democracia, pelo seu processo de reação e as transformações alcançadas, impulsionadas pela participação dos sujeitos ao longo dos últimos 90 anos. Além do movimento social da mais alta relevância, o âmbito da saúde constitui-se em espaço privilegiado democrático e demonstrou seu potencial revolucionário e de consenso (ESCOREL, 1999).

Conforme afirma Arouca (1982), esse potencial revolucionário é destacado pelo fato da saúde constituir em campo privilegiado de luta de classe em que se chocam as concepções de vida das diferentes classes sociais (BRAVO 2012).

Ainda segundo Bravo (2012), a saúde se constitui em um valor compartilhado propiciador de consenso, unindo um conjunto de forças para empreender lutas para sua conquista. Em consequência, as lutas dos movimentos sociais pela participação e

pelo controle social ofereciam amplo e consistente espaço, o que levou a luta pelo direito à saúde a fazer parte do imbricado movimento social brasileiro e se transformasse em estatuto (GOHN, 2011), com capacidade de influenciar a organização e o funcionamento dos conselhos e das conferências de saúde (GOHN, 2011; BRAVO, 2012), por vezes pelo imperceptível viés da democracia como registram os documentos em especial os da 10 Conferência Nacional de Saúde em diante.

Logo,

Entender a saúde como direito universal, significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros (CNS, 2019, p. 12).

A participação popular é decisiva para a existência de políticas públicas. Seja na sua reivindicação, operacionalização, avaliação e ampliação. A participação dos segmentos diretamente envolvidos, a presença ativa dos atores e a mobilização popular se fizeram imprescindíveis para a afirmação e garantia dos direitos sociais.

No que concerne aos direitos sociais, a CRFB de 1988 dedica o

Art. 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Texto definido pela EC 90/2015) (BRASIL, 2019).

O ano de 2016 marca um ponto de inflexão nesta trajetória de avanços dos direitos sociais, demonstrando nas mais recentes conferências movimentos de esvaziamento dos direitos, mesmo que tenham sido realizadas em nome da democracia.

Em vista disso, os direitos se tornaram diretrizes para os sujeitos coletivos, e a participação social permite que a sociedade exerça o controle sobre as condições que determinam o exercício dos direitos, ou seja, um controle da sociedade para a sociedade.

Nas oito conferências que antecedem a CRFB de 1988, o controle social “engatinhou” mesmo sendo o mais importante meio de ampliação da capacidade de influência da sociedade sobre o Estado.

Após a CRFB de 1988, passou-se a falar da democracia e a contextualização das possibilidades de seu exercício, quando esse processo passou a ser caracterizado pela participação popular, pela participação da comunidade, pela participação social, pelo controle social, pela gestão participativa e pela gestão democrática. Logo, a legislação não poderia se esquivar de legalizar a participação da comunidade. O que coloca a questão na definição de participação da comunidade, ou seja, o que estava em jogo era o empenho em privilegiar a ação dos mais diversos atores, mesmo que por vezes em uma sociedade de ditames liberais, onde os interesses de mercado, bem como os interesses do capital se tornaram insistentemente presentes.

Assim, expressão controle social é aquela ação que implica posicionamentos sociais de vigilância, monitoramento, avaliação e proposição como exercício dos direitos por meio de práticas democráticas e para a construção de uma cidadania efetivamente participativa (BOBBIO, 2004).

No controle social, a participação popular e social é um requisito da operacionalidade da política pública, do qual devem participar organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada; representações advindas dos segmentos populares.

Sob tais pressupostos, o controle social configurou-se no exercício efetivo da liberdade, o qual foi afirmado nas lutas de resistência ao regime militar e nas brechas da abertura política durante a década de 1970, quando emergiu uma tênue possibilidade da democracia no Brasil. Novos atores sociais e políticos estabeleceram um campo democrático popular e uma perspectiva de redefinição das relações de poder. Embora os movimentos sociais antecedentes (Movimento Sindical 1930, Associações de Moradores e Movimento no Campo, nos anos 1960 e mesmo os emergentes Partidos Políticos de Esquerda, já na década de 1970, destacassem a saúde como um bem social, logo de direito social, ainda que não de todo, direito universal), emerge daí o viés da participação ativa e política e neste, o campo democrático por exigir uma atuação propositiva.

Conforme expõe Bravo (2012), as mobilizações que culminaram com a realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), são estas: em 1979; o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, no final dos anos 1970; o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde - Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados - Brasília, em 1979; o I Encontro Popular pela Saúde - Rio de Janeiro, 1980 e a Campanha da Fraternidade Saúde para Todos, CNBB, em 1981.

Adquiriram corpo e familiaridade nessas mobilizações sociais aspectos tais como cidadania e cidadão vinculados a participação (ativa) na vida em sociedade e na cidade, esta entendida como o espaço público para as decisões coletivas. (BOBBIO, 2004). Logo, enalteceram o cidadão ativo aquele que participa dos assuntos que dizem respeito a essa coletividade. Diz Dallari (1998), o cidadão ativo transita entre deveres e direitos, imbuí-se de atributo de poder público, como um princípio da cidadania.

Como expressa Dallari (1998, p.14), “A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá a pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo”.

No âmbito do desenvolvimento de uma postura de defesa da cidadania, o controle social e a gestão participativa se tornaram partes integrantes da participação da comunidade no SUS. Não se trata do controle social, mas da proposição e ações a partir das diretrizes do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Dessa maneira, cabe esclarecer que no âmbito da saúde pública brasileira, a participação da comunidade ocorreu em dois espaços de controle social: conferências e os conselhos, os quais foram decisivos no avanço dessa política nos últimos 78 anos.

As ameaças da revisão dos preceitos e da redução do SUS incidem sobre a saúde como direito humano e social, retornando a cena a partir de 2016. Tornou-se urgente intensificar os debates sobre o controle social, bem como convocar a sociedade para a afirmação de bases democráticas de resistência as ameaças que pairam sobre a convocação da sociedade para democraticamente, resistirem às intimidações que se perpetuam sobre a política pública de saúde.

4 CONSELHOS E CONFERÊNCIAS – SENTIDOS DA DEMOCRACIA

A saúde é um espaço destacado pelo seu potencial revolucionário e luta de classes, também é um campo propiciador de consensos, com potencial de ser um conjunto de forças para empreender lutas objetivando sua conquista. Nessa perspectiva, os conselhos e conferências, duas modalidades do controle social se desenvolveram ao longo do século XXI e se constituíram no espaço privilegiado do processo.

Conselhos e conferências foram concebidos ao mesmo tempo, porém, seu desenvolvimento ocorreu de forma diferenciada, passando a ocorrer após os anos 90. As conferências seguiram a mesma rotina desde 1941, assemelhando-se ao que acontece atualmente. Já em relação aos conselhos, estes seguiram a concepção da gestão da política de saúde, centralizada na esfera federal, o conselho tinha caráter exclusivamente federal.

Conforme a Lei 8.142 de 1990, o art. 1º, parágrafo único, uma conferência de saúde deve ocorrer a cada 4 anos; avaliar a situação da saúde e propor novas diretrizes na continuidade da formulação da política pública de saúde.

Corroborando essa definição, o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS, 2009), alertou que “As Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde, portanto é o local onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera”.

Nessa direção, a lei (8.142 de 1990 Art. 1º, Parágrafo 2º), define um conselho de Saúde, por ter caráter permanente, deliberativo. Para a composição dos conselhos de saúde foram contempladas esferas sociais de representatividade, entre elas: a) usuários ou entidades (associações de moradores, movimentos populares de saúde, sindicatos e centrais sindicais, associações de familiares e portadores de patologia, de defesa dos direitos humanos e do meio ambiente, dos estudantes, comunidade científica); b) trabalhadores da Saúde (sindicatos, associações, conselhos profissionais e de servidores públicos); e, c) instituições prestadores de serviços de Saúde (BRASIL, 1990).

Um conselho municipal de saúde tem a prerrogativa de influenciar o processo decisório das políticas municipais. Deve protagonizar o nível decisório e, portanto, necessita de sua consolidação institucional e legitimidade pelos atores políticos,

especialmente os mais relevantes no processo decisório das políticas municipais, os usuários e os profissionais de saúde.

Compete aos conselhos as atribuições de “controle da execução das políticas de saúde, verificação da coerência dos atos do gestor e dos programas e ações de saúde com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos na saúde e seus resultados para a população” (CNS, 2019).

Entre as peculiaridades que caracterizam a participação social preconizada por aquela lei, um conselho é de atuação continuada e se constitui no espaço em que melhor se evidencie a democracia. Nele se pode garantir os direitos de participação, iguais a todos, em uma combinação da democracia representativa com democracia participativa.

Um conselho exerce a atividade de “pedagogizar o conflito” (FREIRE, 1996), ou seja, de colocar na agenda o debate acerca dos múltiplos interesses e constituir estratégias e alternativas inerentes a disputa democrática, sem negligenciar os interesses coletivos universais e os preceitos constitucionais da saúde pública brasileira como direito humano e social.

Conforme documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as sete primeiras conferências de saúde, iniciadas em 1941 até o ano de 1980, permitiram avanços para essa política pública. Entre os temas mais relevantes definidos para cada conferência, pôde-se entender que esse espaço de controle social produz relevantes propostas e sua operacionalização passa a sustentar a ampliação de políticas de saúde no Brasil.

Permite-se, aqui se destacar pontos relevantes tratados em cada conferência. A 1ª abordou questões acerca da organização sanitária estadual e municipal, legislação e plano para a proteção da maternidade, infância e adolescência; a 2ª tratou sobre a legislação referente a higiene e segurança do trabalho; a 3ª interpelou a situação sanitária da população brasileira, municipalização dos serviços de saúde e a necessidade de um plano nacional de saúde. A 4ª aludiu sobre os recursos humanos para as atividades de saúde; a 5ª conferência tematizou os avanços para a saúde, quando se definia pela implementação do Sistema Nacional de Saúde e outros programas. A 6ª conferência se dedicou a situação do controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e de uma Política Nacional de

Saúde. A 7ª enfatizou a ampliação das ações de saúde por meio dos serviços básicos (CONASS, 2009).

Foi em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se aprovou o relatório, oriundo do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, definindo que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, pela Lei nº 6.439, assumiria uma cobertura mais universal dos serviços de saúde. As deliberações dessa Conferência ampliaram a presença de atores tornando um marco que se estabeleceu pelas diretrizes para a reorganização do sistema de saúde, bases do SUS.

Com a regulação do SUS (Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990), os processos que se sucedem são direcionados para a descentralização do atendimento à saúde e organização dos Conselhos de Saúde. De encontro a, nota-se o controle social na saúde reconfigurando-se em 1992. A 9ª Conferência Nacional de Saúde veio com o tema Descentralização, municipalização e participação popular por meio dos Conselhos de Saúde.

O fortalecimento do controle social na saúde para a democratização do SUS, foi o tema da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996. O tema do controle social, agora com ênfase nos conselhos de saúde, é reiterativo nas conferências seguintes; A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000 e teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”; Na 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos”, trouxe a abordagem do processo de intersetorialidade na gestão política, dois realizada em dezembro de 2003.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em novembro de 2007, foi conduzida pelo tema: Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, organizada nos eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde (CONASS, 2009).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde que foi realizada em 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade

social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”, teve como objetivo discutir a Política Nacional de Saúde, tendo como princípios norteadores a integralidade, a universalidade e a equidade. Por conseguinte, 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2015, teve como tema: “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, que foi discutido em oito eixos: “Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade”; “Participação e controle social”; “Valorização do trabalho e da educação em saúde”; “Financiamento do SUS e relacionamento público-privado”; “Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde”; “Informação, educação e política de comunicação do SUS”, “Ciência, tecnologia e inovação no SUS” e “Reformas democráticas e populares do Estado” Na abertura dessa conferência o então ministro Marcelo Castro afirmou que as conferências nacionais de saúde são a expressão da força da sociedade, o que em termos corrobora uma concepção de democracia participativa. Durante a realização dessa conferência, foi apresentado documento resultante do 1º Diálogo PenseSUS – Democracia, comunicação, informação e direito à saúde, que deveriam ser contemplados durante essa conferência.

De acordo com o documento do CNS, emitido em 2019 para desencadear os processos da 16 Conferência Nacional de Saúde (=8 + 8), realizada em suas fases municipais (janeiro a abril de 2019); estaduais (entre abril e junho de 2019) e a conferência nacional, realizada em agosto de 2019 cujo tema foi Democracia e Saúde, trouxe a preocupação com “O desafio atual é conseguir a contribuição de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia e Saúde, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde” (CNS, 2019, p. 4)

A democracia que tivemos e a democracia que temos se insere em um contexto do estado como uma prática que “[...] não pode ser dissociado do conjunto das práticas que fizeram efetivamente com que ele se tornasse uma maneira de governar, uma maneira de agir” (FOUCAULT, 2008, p. 369). Portanto, um Estado Democrático diz respeito à soberania e à vontade popular, embasa e adensa a prática social pelo controle social, garantido constitucionalmente como exercício da democracia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o percurso de constituição do sistema público de saúde (SUS) no Brasil ao longo do século XX, constata-se que sua construção se articulou a partir da mobilização popular inseridas em movimentos de intensas exigências democráticas.

A trajetória da saúde pública no Brasil é marcada pelo exercício da cidadania que conferiu suporte a uma política pública do aporte do sistema único de saúde brasileiro.

As estruturas e organizações que sustentaram a consolidação de um sistema de saúde e a presença popular, iniciada pelos trabalhadores formalizados e pelos movimentos sociais, afirmaram que a democracia é requisito básico de uma saúde pública, universal, de qualidade e de responsabilidade do estado.

De escassa e até mesmo equivocada concepção, a democracia na saúde pública brasileira acontecia pelas conferências, espaço legitimado para a participação social. Esta participação, apesar de acontecer de forma segmentada, demonstrou que a prática democrática é condição necessária a afirmação, manutenção e expansão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desta trajetória de lutas e conquistas social é preciso ter presente que o SUS ao completar 29 anos (2019) e as conferências nacionais de saúde completaram 78 anos, o direito à saúde e a garantia de que seja por meio de práticas democráticas, pois o controle social na saúde é referência para outras políticas públicas nacionais. O segundo se apresenta a partir da convocação para 16 Conferência Nacional de Saúde (=8 + 8) que elege o tema Saúde e Democracia, alerta para a necessidade premente de reação às ameaças que pairam sobre o sistema brasileiro, interferindo diretamente na amplitude da política pública.

Nesta perspectiva, apresenta-se a condição paradoxal em que o Estado que foi responsabilizado por atender a sociedade com saúde como direito, passou a restringir

a condição de afirmação, manutenção e expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), quando emitiu a Emenda Constitucional 95 de 2016³.

Uma explicação para esse cenário é apresentada pelo filósofo e jurista italiano Giorgio Agamben (1942 ...), ao apresentar o argumento de que nas diversas democracias ocidentais do século XX, o 'estado de exceção', tem se tornado um recurso legal utilizado, quando o Estado em sua forma gerencial é pressionado pelos interesses privados a limitar direitos sociais. O governo brasileiro aplicou medida de suspensão do ordenamento jurídico vigente, a CRFB de 1988.

No caso da saúde pública brasileira, direito constitucional do povo e dever do estado, o ordenamento jurídico sofreu suspensão na ordenação por meio de congelamento do investimento financeiro, técnico, estratégico sobre as necessidades humanas, ao invés de manter a continuidade e ampliação da política pública, restringe-a.

A suspensão preconizada pela EC 95 se direciona à responsabilidade do Estado brasileiro de prover o bem-estar dos cidadãos, sustentando o comprometimento da expansão do SUS, que vem se consolidando desde sua implementação nos anos de 1990. Nesta direção, Bazzanella (2018), com base no pensamento de Agamben, diz que o Brasil está vivendo o estado de exceção, já que o executivo legisla por meio de medidas provisórias, como a Emenda Constitucional 95 de 2016. A CRFB de 1988 instituiu o Estado democrático de direito, no entanto, estamos vivenciando a plenitude do estado de exceção que se caracteriza pela suspensão do ordenamento jurídico. Ou dito de outra forma, a constituição, o ordenamento jurídico, esta esvaziada em sua condição de garantia dos direitos individuais e sociais. Sua vigência esta destituída de garantia dos bens públicos e

³Emenda Constitucional 95 aprovada em 2016. Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias: I - do Poder Executivo; II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

Questões suscitadas sobre o desdobramento da EC 95: se haverá manutenção dos recursos, como dar sustentação ao agravamento da pobreza, exclusão, do atendimento a um país que envelhece? Como manter a qualidade das estruturas se elas deterioram com o tempo? É natural que se aumentar a riqueza produtiva se queira aumentar também os investimentos? Será que no curto espaço de tempo entre 1990 a 2019 os municípios conseguiram enfrentar a exclusão local com o que foi financiado até agora?

sociais. Em seu lugar opera a força-de-lei do poder soberano a serviço da lógica de mercado.

Estamos diante da implementação do ideário neoliberal, cujo pressuposto é a redução do estado de bem-estar social e a instauração de um regime social concorrencial em que os indivíduos reduzidos a sua condição de produtores e consumidores deverão assumir os custos de aquisição dos serviços de saúde, educação, segurança, entre outros.

Assim, o discurso neoliberal promove a distorção do conceito de democracia, que em sua origem implica na conformação de um Estado social, que reconheça bens os públicos, interesses coletivos e sociais, para um Estado gerencial articulador dos interesses do capital em detrimento das questões de interesse público.

Ao se analisar a concepção do controle social no âmbito das conferências e dos conselhos, pôde-se considerar que eles propiciariam a experiência democrática de defesa da saúde como um bem público, como asseguraram os interesses coletivos. Ou seja, ao analisar do processo de construção do sistema de saúde brasileiro, constata-se que sua dinâmica social favoreceu a democracia participativa. A presença e o envolvimento do cidadão promoveu a possibilidade de enfrentamentos com interesses de grupos privados possibilitando a afirmação dos interesses coletivos.

Os recentes ataques e esvaziamentos promovidos pelos governos neoliberais recentes implicam em retrocesso, negligência, exclusão e, por decorrência no cerceamento ao direito à saúde, que se apresenta como um direito fundamental à parte considerável da população brasileira que se apresenta próximo a linha da pobreza e, sobretudo abaixo dela.

O SUS é resultante dos intensos embates sociais no seio de um processo democrático em que os interesses sociais na manutenção e promoção do bem público saúde fosse estendido à população brasileira em sua totalidade. Por conseguinte, o controle social conclamou a sociedade a refletir a relação entre saúde e democracia, no espaço das conferências, para se constituir estratégia de resistências às perdas sociais de que o desmonte da política pública de saúde brasileira urgentemente necessita.

Ao longo deste artigo e, a partir de uma perspectiva agambeniana de análise das categorias, políticas e econômicas em curso na contemporaneidade é urgente constatar que a democracia se tornou terreno de disputa e de apropriação dos

discursos de poder de orientação neoliberal em curso na atualidade. Para o neoliberalismo trata-se de esvaziar o conteúdo conflitivo e social da democracia apresentando-a como técnica jurídica e disciplinar a partir das quais os indivíduos produtores e consumidores devem orientar suas vidas individualizadas.

Ou dito de outra forma, na perspectiva de Giorgio Agamben sob tais condições afirmar que vivemos em sociedades democráticas implica no reconhecimento de que não sabemos do que efetivamente estamos falando. É preciso retomar a democracia em sua acepção etimológica grega antiga “demo” = povo, “cracia”= governo. Democracia é governo do povo em oposição ao governo da plutocracia. Democracia implica em conflito em garantias de que os bens públicos pertencem à comunidade, à coletividade, aos interesses sociais e, não aos investidores, à grupos privados a serviço do qual se encontra o estado gerencial em sua forma neoliberal atual.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. Entrevista: Sergio Arouca. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, sept 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18). Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso ago. 2019.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira (CRFB). Lei de 05 de outubro de 1988. Versão 2019. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: set. 2019.

BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde (LOS)**, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: set. 2019.

BRASIL. **Lei 8.142, de 11 de dezembro de 1990**, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: set. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>. Acesso em: ago. 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Editora Cortez. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 1996

_____. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/

BAZZANELLA, Sandro Luiz. TOMPOROSKI, Alexandre Assis; BORGUESAN, Danielly. Estado, crise política, jurídica, econômica e perspectivas de desenvolvimento. In: **Estado, crise política, econômica e perspectivas de desenvolvimento**. São Paulo: LiberArs, 2018.

CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serv. Soc. Soc.**, n. 102, p. 205-221, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200002>.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde**. REUNIÃO ANUAL DA SBPC; 64. 2012. São Luís, MA. **Anais...** jul. 2012. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/64ra/PDFs/arq_1742_234.pdf>. Acesso em: set. 2019.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. Nova ed. Rio de Janeiro: 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Documento orientador de apoio aos debates. 16º Conferência Nacional de Saúde, ago. 2019. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/>>. Acesso em: mar. 2019.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna, 1998.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

NAÇÕES UNIDAS. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, DE 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: mar. 2019.

FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GADOTTI, Moacir; FREIRE, Paulo; GUIMARÃES, Sérgio. **Pedagogia**: diálogo e conflito. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 15, n 47, maio/ago. 2011.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Conferência proferida em 24 de outubro de 2013, no “Encontro às quintas”, do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC) /Fiocruz. **História, Ciências, Saúde** (Manguinhos), Rio de Janeiro v. 21, n. 1, jan./mar. 2014. <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>

MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C.; BERTOLLI FILHO, Cláudio. **As enfermidades e suas metáforas**: epidemias, vacinação e produção de conhecimento. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; São Paulo, 2014

PAIM, Jairnilson Silva. **Entrevista ao Saúde Popular sobre a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**, em 25 set. 2013. Disponível em <<https://saudeamanha.fiocruz.br/sus-nao-veio-dos-politicos-foi-uma-conquista-da-so-ciedade-civil-afirma-pesquisador/>>. Acesso em: ago. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, June 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2008.v13n3/929-939/>. Acesso em: ago. 2019.

PRADO JUNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. 43.ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2012

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1994

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/891019970006600016>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: ago. 2019.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 400-417, dec. 1985. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1985000400002>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1985000400002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: ago. 2019.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992 (Coleção polêmicas do nosso tempo; v. 49)

Artigo recebido em: 30/10/2019

Artigo aprovado em: 13/11/2019

Artigo publicado em: 18/11/2019