

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE DIREITO “PROF. JACY DE ASSIS”
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

AMANDA FIGUEIREDO DE ANDRADE

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)**

Uberlândia
2022

AMANDA FIGUEIREDO DE ANDRADE

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Curso de Mestrado em Direito (PPGDI) da Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis (FADIR), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cândice Lisbôa Alves

Uberlândia

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A553
2022 Andrade, Amanda Figueiredo de, 1997-
CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) [recurso eletrônico] / Amanda
Figueiredo de Andrade. - 2022.

Orientadora: Cândice Lisbôa Alves.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Direito.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.555>
Inclui bibliografia.

1. Direito. I. Alves, Cândice Lisbôa ,1980-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Direito. III. Título.

CDU: 340

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Secretaria da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Direito
Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3D, Sala 302 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: 3239-4051 - mestradodireito@fadir.ufu.br - www.cmdip.fadir.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Direito				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico, número 169, PPGDI				
Data:	Vinte de setembro de dois mil e vinte e dois	Hora de início:	9:00	Hora de encerramento:	11:20
Matrícula do Discente:	12012DIR002				
Nome do Discente:	Amanda Figueiredo de Andrade				
Título do Trabalho:	CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)				
Área de concentração:	Direitos e Garantias Fundamentais				
Linha de pesquisa:	Tutela Jurídica e Políticas Públicas				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Efetividade e Devolução de Conceitos Sociais				

Reuniu-se, utilizando tecnologia de comunicação à distância, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Direito, assim composta: Professoras/es Doutoras/es: Rodrigo Francisco de Paula - FDV; Alexandre Walmott Borges - UFU; e Cândice Lisbôa Alves - UFU - orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidenta da mesa, Dra. Cândice Lisbôa Alves, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidenta concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, às/aos examinadoras/es, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Neste ato, e para todos os fins de direito, as/os examinadoras/es e a discente autorizam a transmissão ao vivo da atividade. As imagens e vozes não poderão ser divulgadas em nenhuma hipótese, exceto quando autorizadas expressamente pelas/os examinadoras/es e pela discente. Por ser esta a expressão da vontade, nada haverá a reclamar a título de direitos conexos quanto às imagens e vozes ou quaisquer outros, nos termos firmados na presente.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora e pela discente.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Walmott Borges, Professor(a) do Magistério Superior**, em 20/09/2022, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Candice Lisboa Alves, Professor(a) do Magistério Superior**, em 21/09/2022, às 14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Francisco de Paula, Usuário Externo**, em 21/09/2022, às 18:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Figueiredo de Andrade, Usuário Externo**, em 22/09/2022, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3934801** e o código CRC **73FECD79**.

AGRADECIMENTOS

Deixo registrados meus agradecimentos a Deus, pelo colo e pelos traços cuidadosos do meu caminho.

Agradeço infinitamente aos meus pais, Jorge Zeno e Elzimeire, pelo amor incondicional, pelo amparo diário e pelo esforço despendido para que eu buscasse meus sonhos e alcançasse este nível de aprendizado.

Agradeço aos meus irmãos, Caio e Édson, pelo carinho, pelos conselhos, pela cumplicidade e pelo companheirismo que tanto valorizo. Mesmo à distância, vocês nunca deixaram de se fazer presentes e sempre torceram pelo meu sucesso.

Agradeço aos meus familiares, que sempre me apoiaram e comemoraram as minhas conquistas.

Agradeço aos meus amigos, que tornaram o trajeto mais agradável por todos esses anos. Especialmente aos quais eu recorria (e me socorria) com uma mensagem de “pode ler uma coisa pra mim?”, ou “acha que isso faz sentido?”. Vocês são os melhores do mundo.

Agradeço aos mestres e profissionais que cruzaram meu caminho, sem os quais eu sequer teria capacidade de formular tantos questionamentos e indagações, na busca por um pensamento crítico e humanizado do nosso direito, e que me fizeram querer pesquisar e encontrar respostas às minhas inquietações.

Deixo meu agradecimento especialmente à professora Cândice, que me acompanhou desde o início e foi parte fundamental na minha trajetória de pesquisa, permitindo que eu crescesse e construísse meu próprio caminho com seu apoio.

Por fim, agradeço especialmente à Universidade Federal de Uberlândia, pela qual me apaixonei profundamente. Entre salas, corredores e auditórios, tive a oportunidade de aprender, de trocar experiências, e de buscar o mais complexo dos conhecimentos: o que diz respeito a mim, meus sonhos e vocações. Em você eu me vi crescer como cidadã, pesquisadora e profissional, adquirindo não só conhecimento, mas sobretudo responsabilidade e humanidade. Tenho muito orgulho de ter estudado nesta Universidade e espero um dia poder repassar, ao menos em parte, o que me foi proporcionado ao mundo.

RESUMO

O direito à saúde é reconhecido como direito humano, fundamental e social, constando na Constituição como direito de todos e dever do Estado. Ele foi desenhado para ser cumprido por meio do Sistema Único de Saúde, uma das conquistas da redemocratização brasileira, que consiste em uma rede regionalizada e hierarquizada de nível nacional. A legislação que rege o Sistema Único de Saúde trouxe a participação popular como princípio a ser observado, a fim de garantir que a população participe do processo de formulação e de controle das políticas públicas de saúde. Entretanto, embora a norma que preconiza a participação popular exista no plano normativo, ela não é percebida na realidade social. Trata-se, portanto, de uma contraposição entre o plano normativo, já que a norma existe e é vigente, e a realidade vivenciada pela população brasileira, já que na realidade social seus efeitos ou não se apresentam ou não correspondem às demandas sociais. Portanto, o problema de pesquisa gira em torno da verificação das causas na deficiência da participação popular no Sistema Único de Saúde, a partir de indicadores extraídos da obra “La constitución de la democracia deliberativa”, de Carlos Santiago Nino (1997), em contraposição aos resultados de pesquisas realizadas em diferentes locais para avaliar a participação popular no SUS, partindo da pressuposição da deficiência desta participação. Diante disso, foi levantada a hipótese de que os meios existentes e propagados de participação popular no âmbito do Sistema Único de Saúde possuem características de um direito opaco, conforme conceito de Carlos María Cárcova (1998) na obra “A opacidade do direito”, em virtude (a) da falta de conhecimento sobre os meios de participação e (b) de uma participação popular fictícia, pois a qualidade da representatividade deixa apartada minorias significativas, que são os mais necessitados do sistema de saúde pública. A presente pesquisa tem como objetivo central verificar a opacidade da participação popular no Sistema Único de Saúde. Inicialmente, discutiu-se a democracia e a participação popular no Sistema Único de Saúde, discutindo questões da relação entre o constitucionalismo e a democracia, e discorrendo por fim acerca da democracia deliberativa na obra “La constitución de la democracia deliberativa”, de Carlos Santiago Nino (1997), pontuando-se indicadores para avaliar a participação social e o controle social no SUS. Em seguida, discutiu-se o direito à saúde, enquanto direito social, perpassando a temática da igualdade material e controle social na saúde e as normas sanitárias sobre controle social na saúde. Por fim, foi analisada a ineficácia que existe quanto ao controle social no Sistema Único de Saúde, demonstrando-o por meio de análises de dados acerca da participação popular nos meios previstos nos Conselhos de Saúde e em outros meios de participação, com base em estudos

selecionados realizados no Brasil, com base nos indicadores da apatia política, do empobrecimento do debate e da imperfeição da intermediação, conforme obra de Nino (1997). Quanto à primeira hipótese, concluiu-se que os problemas centrais identificados nas pesquisas não são majoritariamente o de falta de conhecimento sobre os meios de participação, mas sim o da apatia política, que gera o empobrecimento do debate e da qualidade das soluções encontradas, conforme conceitos de Carlos Santiago Nino (1997) na obra “La constitución de la democracia deliberativa”. A segunda hipótese foi identificada no problema da qualidade da representatividade percebido nos estudos analisados. Concluiu-se que tais problemas são alimentados pelo fator da desigualdade brasileira, gerando uma subintegração de determinada parcela da população, sendo fundamental que este problema seja enfrentado para que o controle social e a participação popular no Sistema Único de Saúde sejam concretizados.

PALAVRAS-CHAVE: Controle Social; Participação Popular; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The right to health is recognized as a human, fundamental and social right, appearing in the Constitution as a right for all and a duty of the State. It was designed to be fulfilled through the Unified Health System, one of the achievements of Brazilian redemocratization, which consists in a regionalized and hierarchical network at the national level. The legislation governing the Unified Health System brought popular participation as a principle to be observed, in order to ensure that the population participates in the process of formulating and controlling public health policies. However, although the norm that advocates popular participation exists at the normative level, it is not perceived in social reality. Therefore, there is a contrast between the normative plan, since the norm exists and is in force, and the reality experienced by the Brazilian population, since its effects either do not appear or do not correspond to social demands in social reality. Therefore, the research problem revolves around the verification of the causes of the deficiency of popular participation in the Unified Health System, based on indicators extracted from the work “La constitución de la democracia deliberativa”, by Carlos Santiago Nino (1997), in contrast to the results of surveys carried out in different places to assess popular participation in the SUS, based on the presupposition of the deficiency of this participation. In view of this, the hypothesis raised is that the existing and propagated means of popular participation within the scope of the Unified Health System have characteristics of an opaque right, according to the concept of Carlos María Cárcova (1998) in the work “A opacidade do direito”, due to (a) the lack of knowledge about the means of participation and (b) a fictitious popular participation, since the quality of representation leaves significant minorities, who are the most in need of the public health system, apart from the discussion. The main objective of this research is to verify the opacity of popular participation in the Unified Health System. Initially, democracy and popular participation in the Unified Health System were discussed, discussing issues of the relationship between constitutionalism and democracy, and finally discussing deliberative democracy in the work “La constitución de la democracia deliberativa”, by Carlos Santiago Nino (1997), scoring indicators to assess social participation and social control in the Unified Health System. Then, the right to health was discussed, as a social right, passing through the theme of material equality and social control in health and the sanitary norms on social control in health. Finally, the ineffectiveness that exists regarding social control in the Unified Health System was analyzed, demonstrating it through data analysis about popular participation in the means provided for in the Health Councils and in other means of participation, based on selected studies carried out in Brazil, based on indicators

of political apathy, impoverishment of the debate and the imperfection of intermediation, according to the work of Nino (1997). For the first hypothesis, it was concluded that the central problems identified in the research are not mostly the lack of knowledge about the means of participation, but the political apathy, which generates the impoverishment of the debate and the quality of the solutions found, according to concepts of Carlos Santiago Nino (1997) in the work “La constitución de la democracia deliberativa”. The second hypothesis was identified in the problem of the quality of representativeness perceived in the analyzed studies. It was concluded that such problems are fueled by the factor of Brazilian inequality, generating a sub-integration of a certain portion of the population, and it is essential that this problem is faced so that social control and popular participation in the Unified Health System are achieved.

KEYWORDS: Social Control; Popular participation; Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS	13
2.1 DEMOCRACIA: DISCUSSÃO CONCEITUAL.....	19
2.2 O PROBLEMA DO CONSTITUCIONALISMO E DA DEMOCRACIA.....	26
2.3 A DEMOCRACIA DELIBERATIVA DE NINO.....	33
3 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E CONTROLE SOCIAL	39
3.1 DIREITO À SAÚDE: DIREITO SOCIAL E PRINCIPAIS ASPECTOS DOGMÁTICOS.....	47
3.1.1 O direito à saúde.....	51
3.2 IGUALDADE MATERIAL E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.....	54
3.3 NORMAS SANITÁRIAS SOBRE CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.....	60
4 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO NO SUS: ANÁLISE DE PESQUISAS NOS CONSELHOS DE SAÚDE DE QUATRO LOCALIDADES	66
4.1 INDICADORES AVALIADOS PARA VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE PESQUISA.....	68
4.2 OS ESTUDOS SELECIONADOS E A JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA.....	69
4.3 ANÁLISES SOBRE AS PESQUISAS REALIZADAS.....	70
4.3.1 Estudo realizado na capital Fortaleza/CE.....	70
4.3.2 Estudo realizado no município de pequeno porte Teixeira/MG.....	73
4.3.3 Estudo realizado nos 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.....	76
4.3.4 Estudo realizado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro.....	79
4.3.5 Considerações acerca dos estudos.....	81
5 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	89

1 INTRODUÇÃO

O direito não é estático. Desde o surgimento das mais diversas teorias que buscam explicá-lo, em seu aspecto funcionalista ou finalista, a evolução do direito até a contemporaneidade aponta para a necessidade de que ele esteja entrelaçado à realidade social e seja verdadeiramente democrático.

Entretanto, a democracia pode levar a efeito as vontades de uma maioria numérica, desconsiderando em partes o objetivo democrático de que as necessidades das minorias também sejam ouvidas. É preciso explicar que não se afirma que essas minorias são numéricas face ao contexto de toda a população brasileira, mas sim que estas minorias estão pouco representadas pelos próprios indivíduos eleitos – até mesmo porque eles foram escolhidos por critérios que são favorecidos pela maior expressão numérica de eleitores no contexto brasileiro, gerando uma subintegração de determinados grupos na sociedade (NEVES, 1994).

A própria experiência brasileira indica a “invisibilização” de grupos sociais significativos, que sofrem a inacessibilidade de direitos e garantias (CASIMIRO; SOUSA, 2021, p. 204). Decorre daí o fechamento de possibilidades de ampliação de debates e posicionamentos sobre os direitos sociais básicos e fundamentais, como a própria saúde, e outros que se relacionam a ele, como educação e moradia, e até mesmo a educação em matéria de saúde. Demonstra-se o distanciamento entre as classes sociais e também o hiato existente entre governo e povo, entendendo-se esse espaço como um espaço delimitado pela deficiência – ou mesmo ausência – da participação da população, muitas vezes disfarçada por meios ineficazes de participação.

É importante, diante do contexto apresentado, voltar os olhos e refletir sobre os meios de participação popular na saúde, sobre as normativas que determinam e preveem o controle social quanto a saúde, a saber: as Leis nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e nº 8.124/1990 (BRASIL, 1990b), e também sobre sua aparente ineficácia social, posto que deixa de produzir os efeitos a que se propuseram, o que redundará em uma inoperância normativa (NINO, 2010, p. 343).

A Lei nº 8.142/1990 prevê em seu artigo 1º a realização de conferências de saúde 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, bem como a existência do Conselho de Saúde, órgão permanente e deliberativo para formular estratégias e controlar a execução da

política de saúde (BRASIL, 1990a e 1990b). O próprio Ministério da Saúde realiza consultas públicas para promover o diálogo entre a população e a administração¹.

Entretanto, questiona-se: como se apresenta a participação popular e o controle social previstos para o Sistema Único de Saúde?

Neste ponto, é interessante notar que a composição legalmente estipulada para os Conselhos de Saúde prevê a representação de entidades de profissionais de saúde, do governo, dos Conselhos dos secretários de saúde e das secretarias municipais de saúde, de entidades de prestadores de serviços de saúde e de entidades empresariais com atividades na área de saúde (BRASIL, 2006). Isso demonstra que o envolvimento popular, embora por vezes pareça presente, deve ser avaliado de maneira objetiva, com base nas Leis existentes regulamentadoras destes mecanismos de controle social no SUS, a fim de se verificar o alcance de seus efeitos.

Para falar de participação “popular”, é preciso partir de uma visão plural e inclusiva acerca de quem é a população, sendo esta uma grande questão para a democracia atual. Müller (2003, p. 93) aponta que já não é suficiente falar em uma heterogeneidade estrutural ou em uma simples não-integração de determinados grupos, mas sim da exclusão de grandes grupos que, ainda que deixem de participar da cidadania, dependem das prestações previstas pelo direito.

Assim, é necessário que haja uma centralidade da população, que significa o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às necessidades desta população, que deve ser ouvida, reconhecida e considerada – não como um todo coeso, mas em suas diferenças – em suas demandas e interesses, e essa participação deve influenciar na confecção das políticas públicas.

No âmbito do direito à saúde, esta capacidade de se ouvir adequadamente a população, colocada nos termos acima, é imprescindível. Sendo um direito de todos, nos termos constitucionais, o direito à saúde está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades da comunidade em que esta prestação irá ocorrer, motivo pelo qual esta comunidade deve ser compreendida de maneira a moldar as ações públicas em saúde.

Não é por outro motivo que a legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe a participação popular como princípio a ser observado, a fim de garantir que a população participe do processo de formulação e de controle das políticas públicas de saúde.

¹É possível localizar, no endereço eletrônico <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas>, acessado em 20 de janeiro de 2022, as consultas públicas abertas e encerradas, havendo ainda o telefone da Ouvidoria Geral do SUS. Na página, esclarece-se que a consulta pública corresponde a “um mecanismo de **participação social**, de caráter consultivo, realizado com prazo definido e aberto a qualquer interessado, com o objetivo de receber contribuições sobre determinado assunto. Incentiva a participação da sociedade na tomada de decisões relativas à formulação e definição de políticas públicas”. Assim, é possível visualizar as consultas realizadas por ano.

Entretanto, embora a norma que preconiza a participação popular exista no plano normativo, ela não parece existente na realidade social, ou em grande parte dela. Trata-se, portanto, de uma contraposição entre o plano normativo, já que a norma existe e é vigente, e a realidade vivenciada pela população brasileira, já que na realidade social seus efeitos ou não se apresentam ou não correspondem às demandas sociais. Portanto, o problema de pesquisa gira em torno da avaliação da participação popular no Sistema Único de Saúde, partindo da pressuposição de uma aplicação insuficiente.

Diante disso, foi levantada a hipótese de que os meios existentes e propagados de participação popular no âmbito do Sistema Único de Saúde possuem características de um direito opaco (CÁRCOVA, 1998) em virtude (a) da falta de conhecimento sobre os meios de participação e (b) de uma participação popular fictícia, pois a qualidade da representatividade deixa apartada minorias significativas, que são os mais necessitados do sistema de saúde pública.

A escolha do termo “opacidade” vem da obra intitulada “A Opacidade do Direito”, de Carlos María Cárcova (1998). Esta escolha se amolda ao tema porque a obra trata da barreira “opaca” que existe entre o Direito e os seus destinatários, que não conseguem retirar do Direito os benefícios propostos em sua construção porque não conseguem absorver e compreender o conteúdo e os instrumentos postos no direito. A participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) é afetada pelo problema da opacidade das normas de controle social no SUS porque o discurso democrático, que está intrínseco a essa norma e se vale dela para alcançar seus objetivos, é reduzido diante das hipóteses de pesquisa levantadas.

Assim, a partir do momento em que Cárcova (1998) aponta para o uso da linguagem do direito para construir este raciocínio acerca da falta de um alcance adequado da norma jurídica aos seus destinatários, o autor adentra a reflexão sobre a eficácia jurídica da norma no plano concreto. Essa característica se torna interessante para a pesquisa sobre eficácia da participação popular no SUS porque, em sua obra, o autor considera a influência de outros elementos que não são apenas os jurídicos, como a própria desigualdade social e as deficiências na representação da população.

Em um breve acordo semântico, esclarece-se que a participação popular diz respeito à atuação da população nas decisões tomadas no planejamento das políticas públicas, através dos meios instituídos pela lei e pelo próprio governo. O controle social, por sua vez, diz respeito ao acompanhamento e à fiscalização das ações governamentais por meio da sociedade nos moldes previstos pelas normativas já apontadas.

A presente pesquisa tem como objetivo central verificar a opacidade da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS), e como objetivos conexos (a) discutir conceitualmente a democracia e a participação popular no SUS, avaliar a saúde diante da tensão entre constitucionalismo e democracia e discorrer sobre a democracia deliberativa conforme Carlos Santiago Nino; (b) discutir o direito à saúde, enquanto direito social, perpassando a temática da igualdade material e controle social na saúde e as normas sanitárias sobre controle social na saúde; e (c) realizar a exposição acerca da ineficácia que existe quanto ao controle social no SUS, demonstrando-o por meio de análises de dados acerca da participação popular nos meios previstos na Lei nº 8.142/1990 (neste caso, os Conselhos de Saúde), e em outros meios de participação, com base em estudos selecionados realizados no Brasil.

A metodologia utilizada foi dividida ao longo da discussão para melhor adequação aos objetivos da pesquisa.

No primeiro momento, sobre a importância da democracia e da participação popular no SUS, realizou-se uma abordagem bibliográfico-doutrinária, percebendo nos autores que versaram sobre esse tema a tensão existente entre constitucionalismo e democracia. Realizou-se também, como marco deste capítulo, o estudo teórico-bibliográfico acerca da democracia deliberativa, por meio de pesquisa exploratória, extraindo da obra “La constitución de la democracia deliberativa”, de Carlos Santiago Nino (1997), indicadores para avaliar as hipóteses de pesquisa diante de estudos práticos sobre a participação popular no SUS.

No segundo momento, sobre o direito à saúde, a importância da igualdade e as principais normas sanitárias sobre controle social na saúde, para identificar os critérios objetivos que são colocados para a participação popular, foi realizada uma abordagem bibliográfico-doutrinária, resultado de uma pesquisa exploratória realizada quanto aos autores que tratam do tema e das Leis brasileiras em controle social na saúde (BRASIL, 1990a e 1990b).

No terceiro momento, para discorrer sobre o aspecto democrático que existe quanto ao controle social no SUS e a opacidade do princípio da participação popular no SUS, foram selecionadas quatro pesquisas realizadas, de diferentes autores, para identificar as causas e consequências desta deficiência de participação nos Conselhos de Saúde, conforme indicadores verificados na obra de Nino (1997), a saber: apatia política, empobrecimento do debate e imperfeição da mediação representativa, para que fosse realizada a verificação das hipóteses de pesquisa, baseadas na obra de Cárcova (1998).

Com a intenção de avaliar a ocorrência dos indicadores em locais de características distintas, para que a pesquisa não se vinculasse às características geográficas do local em que a pesquisa foi realizada, foram selecionados quatro estudos: em uma capital populosa da região

nordeste, Fortaleza/CE (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010); em um município de pequeno porte da região sudeste, Teixeiras/MG (COTTA *et al*, 2011); na região de saúde de um estado da região sul, compreendida por 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (HOPPE *et al*, 2017); e na região metropolitana de um estado da região sudeste, Rio de Janeiro (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Mostrou-se adequada a pesquisa exploratória, para conhecimento do objeto de estudo, e, após, descritiva, para interpretação crítica das informações obtidas.

Explica-se que não foi feito um estudo específico em Uberlândia em virtude do contexto da pandemia e seus rebatimentos na Universidade e nos órgãos públicos que por diversos meses estiverem com atendimento ao público suspenso ou apenas remoto. Afora isso, não houve tempo para a aprovação dessa modalidade de pesquisa pelo conselho de Ética da Universidade. Entretanto, não houve prejuízo na realização da pesquisa, pois os estudos selecionados possuíam informações suficientes às verificações dos indicadores elencados, quais sejam: apatia política, empobrecimento do debate e imperfeição da mediação representativa, cuja escolha se justifica pelo possível reconhecimento de suas características, segundo Nino (1997), aos Conselhos de Saúde, uma vez que seu funcionamento envolve a necessidade de participação da população, o debate sobre os assuntos trazidos ao Conselho e a representação exercida pelos conselheiros. Outro ponto interessante a ser mencionado é que a diversidade dos estudos utilizados possibilita que a abrangência da pesquisa seja maior e abarque características populacionais e geográficas de diferentes regiões e populações. Essa diversidade informa que a ocorrência ou inoocorrência dos indicadores verificados ultrapassa fronteiras municipais ou regionais, o que não é suficiente para afirmar um caráter nacional, porém traz elementos de amplitude que são suficientes para se avaliar os indicadores apontados.

Assim, foi feito estudo qualitativo, diante da proposta de reflexão estudo da participação popular como princípio a ser observado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para que seja possível apresentar alternativas para um controle social efetivo no SUS, alcançado por meio da população popular.

2 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

No âmbito brasileiro, entre as décadas de 70 e 80, houve movimentos sociais ligados ao direito sanitário que combateram a ditadura, apostando na bandeira “Democracia é saúde; Saúde é Democracia”, esboçando o projeto da Reforma Sanitária e desligando-se do movimento sanitarista e higienista do século XX (PAIM, 2008, p. 259). Trata-se da insurgência da Reforma Sanitária no Brasil, articulada na transição democrática do Estado brasileiro.

No caso da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e nas palavras de Arouca (2013), sob muita dificuldade, foi marcante a participação da sociedade civil organizada. Isto porque nesta Conferência houve a participação não apenas de profissionais de saúde, mas também de usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, sendo ali criada a base para as propostas de reestruturação do modelo de saúde brasileiro (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013, p. 257).

Desta forma, pode-se afirmar que as transformações cruciais ao setor pátrio de saúde prescindiam não só de uma reforma administrativa e financeira, mas de cunho mais abrangente, de modo que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) encaminhou documento à Comissão Nacional de Reforma Sanitária, influenciando na elaboração da Constituição da República de 1988 (BITTENCOURT, 2016, p. 106).

Para falar sobre democracia no SUS, é cabível, em primeiro lugar, trazer à baila o conceito de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Portanto, a saúde, além de uma ausência de doenças, não pode ter seu conceito limitado a isso. Assim, é necessário que se veja a saúde como um conceito de bem-estar, envolvendo aspectos sociais, como bem-estar social, como algo além de não estar doente.

Conforme discurso de Arouca (2013), a saúde:

(...) é um bem-estar social 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, mas pelo contrário, que permita uma vida digna e decente. Que tenha direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização, a livre possibilidade da 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 submetida ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são interesses do povo (...).

A definição de saúde trazida por Arouca (2013), em extensão interpretativa ao conceito traçado pela Organização Mundial da Saúde, está diretamente relacionada ao conceito de democracia. A reflexão se amolda ao debate sobre democracia e saúde exatamente no ponto em que a saúde não é mais restrita a atendimentos hospitalares ou fornecimentos farmacêuticos, passando a ser entendida como um conjunto de direitos subjetivos inerentes ao próprio exercício da dignidade da pessoa humana, a partir do momento em que se torna necessária para que o ser humano se desenvolva em todos os aspectos de sua vida, tais como: econômico, social, profissional, educativo, familiar e afetivo.

Seguindo este raciocínio, e partindo da premissa de que o fator econômico está diretamente ligado à manutenção da boa saúde do cidadão, é possível concluir que o indivíduo que não tem desenvolvidas as demais esferas de sua vida encontrará dificuldades para manter a sua saúde em patamares que não venham a decair por meio de um cronograma cíclico. Conforme explicação de Arouca (2013), destaca-se o exemplo de um cidadão de baixa remuneração que não consegue adquirir o que é fundamental para sua sobrevivência, não conseguirá recuperar a energia despendida no trabalho e, portanto, enfraquece. Em outro exemplo, o cidadão que não tem acesso a uma boa educação não consegue ter o conhecimento que lhe permite controlar aspectos básicos naturais de sua vida. Ou seja: quanto pior a qualidade de vida do ser humano, as dificuldades tornarão o povo cada vez mais doente.

Neste contexto, Jessé de Souza (2009) traz ensinamentos acerca do círculo vicioso que a desigualdade ocasiona, no que o autor define como a “ralé brasileira”, que se une a partir da instituição, no imaginário popular, da justificação da desigualdade sofrida por estes povos, colocando-os à margem do exercício da cidadania em sua completude. Conforme Neves (1994, p. 260-261) a partir do momento em que a cidadania é conceituada como uma integração jurídica igualitária na sociedade, é possível afirmar que há grupos subintegrados, sendo estes os grupos que não têm acesso aos benefícios do ordenamento jurídico, e cuja subintegração está diretamente ligada à sobreintegração dos grupos privilegiados.

No caso da participação popular em saúde, este problema da subintegração de determinados grupos (e da consequente colocação destes grupos no exercício de uma subcidadania) está relacionado ao objetivo central deste trabalho a partir do momento em que se considera que há pessoas que não têm acesso à saúde, e que dirá à participação na formulação das políticas públicas de saúde.

Para Jessé de Souza (2009, p. 47), a justificativa da desigualdade ocorre não apenas pelo fato de que as pessoas se prendem à ideia de que as suas conquistas materiais são consequência de seu esforço, minando a reflexão sobre como a desigualdade pré-existente está diretamente

ligada ao resultado alcançado (sendo assim causa, e não efeito), mas também por uma aliança invisível com o “mito da brasilidade”, que tem a ver tanto com a construção de uma ficção de homogeneidade e unidade entre as pessoas brasileiras (ainda que tão desiguais em diversos aspectos) quanto com a característica brasileira de se opor ao conflito e à crítica.

Quando se pensa acerca dessa condição de subcidadão que se confere àquele indivíduo que não possui acesso à saúde, tampouco aos mecanismos de controle social, é importante unir esta constatação ao conceito amplo de saúde que é usado atualmente, para além da ausência de doença. A desigualdade e a subcidadania atingem a saúde do cidadão por vários motivos, como se depreende do próprio discurso de Arouca (2013) na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Diante disso, é possível afirmar que todas (ou quase todas) as políticas públicas têm impacto na saúde do cidadão.

Por exemplo, há indivíduos que precisam passar horas, diariamente, em transportes para que possam chegar aos seus trabalhos. Possuem trabalhos extenuantes, com grandes cargas horárias. Não possuem conhecimento para montar um plano alimentar adequado, ou sequer condição financeira para escolher os melhores alimentos do ponto de vista nutricional. De volta do expediente cotidiano, se houvesse energia para realizar uma atividade física simples, como uma caminhada, encontram dificuldade nos perigos da vizinhança em que residem ou mesmo na má conservação das calçadas públicas de seu bairro. Neste exemplo, percebe-se que em momento algum se tratou de um problema de saúde pública que envolvesse a estrutura dos hospitais públicos ou mesmo a concessão de medicamentos e tratamentos médicos em geral. Entretanto, desde os problemas de trabalho, às questões de desenvolvimento social, educação, segurança e até mesmo da conservação das vias públicas, o indivíduo passou por situações diárias em que a desigualdade social foi ponto chave para minar sua saúde.

Corroborando com este raciocínio, estudo publicado por Marco Akerman na obra organizada por Rita Barradas Barata *et al* (1997) com o objetivo de documentar diferenciais na mortalidade urbana desagregada por idade, gênero e área geográfica para algumas doenças transmissíveis, crônicas e psicossociais, cujos resultados foram sumarizados no que diz respeito ao limite geográfico da periferia das fronteiras do município de São Paulo, como definido em 1992, teve a seguinte conclusão:

Os resultados reforçam as conhecidas diferenças e desigualdades entre as áreas dos bairros centrais, intermediárias e periféricas da cidade de São Paulo. Indicam igualmente o nível de **precariedade dos setores sócio-econômicos mais desfavorecidos da população que vive na periferia**. Os impactos por eles experimentados estão vinculados **principalmente às condições de**

acesso/não-acesso a serviços públicos e aos riscos ambientais adicionais para aqueles que habitam áreas precariamente urbanizadas.

Sugerem, também, esses resultados que o desenvolvimento econômico de São Paulo não tem sido capaz de prover benefícios para considerável proporção de seus cidadãos: 59% dos habitantes de São Paulo (5 milhões e 600 mil pessoas) vivem em habitações precárias (Jacobi, 1990) e, ainda hoje, aproximadamente 16% destes habitantes (1 milhão e 536 mil pessoas) não dispõem de nenhum acesso à rede de saneamento (SABESP, 1993. Arquivos internos). Em uma cidade que supostamente precisa de força de trabalho braçal habilitada à manutenção de produção industrial de boa qualidade e eficiente exército de funcionários administrativos, existem, ainda hoje, 33% (3 milhões e 168 mil) de analfabetos e pessoas com escolaridade primária incompleta (SEMPLA, 1992). **Embora a maioria das casas tenha acesso a água, há grande variação no consumo per capita entre as áreas, sendo este mais elevado em áreas com melhores condições sócio-econômicas.**

Olhando para os diferenciais de saúde de São Paulo, nas diferentes faixas etárias, vê-se que há muito a ser feito com relação à faixa entre zero e quatro anos, prevenindo mortes causadas por diarreia e pneumonia. Em especial, as doenças respiratórias e infecciosas constituem importante grupo de causas de morte para os menores de quatro anos. Os diferenciais entre as áreas são impressionantes. Os índices de mortalidade secundários a problemas respiratórios e infecciosos na zona 1 são, respectivamente, 3,8 e 4,4 vezes maiores do que na zona 4. A diarreia representa 48 % das mortes por doenças infecciosas e a pneumonia representa o grosso das mortes por causas respiratórias, correspondendo a 8,7% de todas as mortes. No entanto, estas causas representam apenas 2,6% de todas as mortes em São Paulo em 1992. Estes dados são suficientes para provar que a 'cidade bem-sucedida' não tem sido capaz de subjugar mortes previsíveis nesses segmentos populacionais vulneráveis.

Os homicídios apresentam excesso de mortalidade relevante entre, as diferentes áreas, para indivíduos entre 15 e 44 anos de idade, o que contrasta com excessos de pequena monta quanto aos acidentes de trânsito. Deparamos com sinais de que há uma 'epidemia de violência', que afeta mais gravemente os pobres em São Paulo. Em 1992, houve 3.759 mortes devido a homicídios. Estes dados representam uma taxa de quatro para dez mil. Se considerarmos apenas os homens, entre 15 e 24 anos de idade, esta taxa sobe para 19,5 para dez mil, pouco abaixo das taxas relativas aos Estados Unidos, que, com 21,9, possuem a maior taxa masculina nesta faixa etária das nações industrializadas (Cohen & Swift, 1993). Tais resultados representam, do nosso ponto de vista, um problema de difícil solução apenas a partir dos recursos tradicionais disponíveis no setor de saúde. Acreditamos que somente a ação coordenada entre as várias instituições municipais, estaduais e nacionais pode tentar equacionar a questão.

O grupo das pessoas entre 45 e 64 anos de idade representa evidência interessante. Mortes prematuras devido a acidentes de trânsito, doenças cerebrovasculares e hipertensão apresentam excessos importantes entre as diferentes áreas, nessa faixa etária. Comumente se diz que altas taxas de doença do sistema circulatório indicam transição de doenças da pobreza para doenças da riqueza. Os dados de São Paulo revelam padrão distinto, onde as zonas 1 e 2, que possuem as piores condições sócio-ambientais, têm taxas

superiores diante das áreas 3 e 4. Não somos capazes de fazer nenhuma inferência relativa aos indivíduos, mas acreditamos que este achado deve ser considerado em pesquisas futuras. Curiosamente, a faixa etária dos maiores de 65 anos de idade não apresenta potencial significativo em face de eventuais mudanças nas diferentes áreas. Isto sugere que os mais idosos morrem segundo taxas semelhantes, sem distinção quanto às áreas em que vivem. (BARATA *et al*, 1997, p. 184-185, grifou-se)

Nesta linha de intelecção, tais conclusões reforçam a relação do conceito amplificado de saúde, conforme a OMS, para com as demais condições às quais os indivíduos se submetem diariamente, ou seja: a um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Neste mesmo sentido, e sobre o recente advento da pandemia do Coronavírus, estudo realizado por Pinheiro *et al* (2020) analisou dados de hospitalizações disponibilizados no *Open Datasus* e do IBGE acerca dos leitos de UTI, respiradores e profissionais de saúde por 100 mil habitantes, além de analisar descritivamente a variação da quantidade de leitos de UTI no Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) por microrregiões do IBGE, entre de agosto de 2019 e de agosto de 2020. Neste estudo, concluiu-se que há fortes indícios de que as desigualdades regionais possuem a tendência de impactar no aumento da mortalidade para pacientes hospitalizados por Covid-19. Esta constatação ratifica a relação entre as condições de saúde de determinado indivíduo e as demais condições às quais ele se submete diariamente, nas quais se incluem os impactos das desigualdades regionais, cujo reflexo se verificou nas taxas de mortalidade de pacientes hospitalizados pela Covid-19.

A saúde, portanto, se relaciona ao bem-estar físico, mental e político de cada cidadão, consistindo assim em elemento que possui interdependência para com o desenvolvimento da democracia. Isto foi percebido nos movimentos que, diante das críticas firmadas ao Sistema de Saúde vigente até meados da década de 1980, culminaram na reformulação deste Sistema não só por meio da Constituição, mas também por meio das Leis de Saúde mencionadas no capítulo anterior. Trata-se, na verdade, de verdadeiro expoente das máximas “Saúde é Democracia” e “Democracia é Saúde”, conforme frases popularizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Neste ponto, o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde considerou que para garantir o direito à saúde à população brasileira é imprescindível garantir uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva, estimulando-se a participação da população organizada nos núcleos decisórios, em seus diversos níveis, garantindo o controle social sobre as ações do Estado (BRASIL, 1986, p. 07-08).

Desde as pré-conferências estaduais de saúde, destaca-se o papel da sociedade civil para o redesenho do Sistema de Saúde que se iniciou no fim da década de 1980 e no início da década

de 1990, como um grande projeto nacional de reforma sanitária no Brasil. Conforme relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é necessário que o Estado assuma explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, o que deve ser garantido por meio do controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986, p. 04). Além disso, colocou-se como diretriz necessária para o SUS a participação da população na formulação das políticas, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde, através de suas entidades representativas (BRASIL, 1986, p. 10).

É fundamental reconhecer que a saúde é determinada pela economia e pela política de determinada sociedade, sendo necessária a associação da sociedade brasileira para com a implantação dessas políticas públicas de saúde, que até a atualidade continuam em desenvolvimento. Neste contexto, Arouca (2013) destaca a necessidade não só de abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira, mas também de se aprender a conversar com esta sociedade, transformando a linguagem e a forma com que ela é recebida para que a comunicação funcione em via dupla, ou seja: na comunicação da sociedade para com o Estado e também do Estado para com a sociedade, de modo que as características e necessidades desta sociedade sejam sempre consideradas na formulação das políticas públicas que buscam atendê-la. Para Marcelo Neves (1994, p. 268), “a conquista e ampliação da cidadania, no caso brasileiro, passa pela construção de um espaço público da legalidade que, de um lado, promova a identidade do Estado perante os interesses privados e, de outro, possibilite a integração jurídica igualitária de toda a população na sociedade”.

Tais aspectos encontram dificuldades quando a aplicação das Leis de Saúde e o desenho de um Sistema Único democrático e normativamente apto a compreender as necessidades da sociedade, dentro de um conceito amplo de saúde, se deparam com a institucionalização do mercado competitivo, que pressupõe um acordo entre todos os membros da sociedade no sentido de que um alcance de uma riqueza material está associada ao livre curso do mercado (SOUZA, 2009, p. 85). Neste sentido:

Na história recente das nações modernas, essa dialética entre mercado e Estado tem assumido a forma de limitar a ação do Estado a certas esferas específicas da vida social, e deixar que a livre ação do mercado impere nas outras esferas. Assim, chegou-se ao consenso de que na educação e na saúde, por exemplo, a ação do mercado, deixado a si próprio, termina por dar educação e saúde de alta qualidade aos ricos e privilegiados e educação e saúde de baixa qualidade aos pobres. Isso aconteceu e acontece em todo lugar, inclusive nos Estados Unidos – os Estados Unidos que existem de verdade, bem-entendidos, e não a imagem romantizada desse país que Almeida tem na

sua cabeça. A forma como essa dialética se resolve em cada caso tem a ver com as lutas sociais de grupos e classes para fazerem a balança pender para seus interesses e necessidades. (SOUZA, 2009, p. 85)

Dentro desse raciocínio desenvolvido por Souza (2009, p. 89), percebe-se a relação entre as lutas firmadas por grupos e classes sociais e a conquista de direitos por estes conjuntos de indivíduos. Esta luta se relaciona ao exercício da cidadania, que por sua vez está associada à concretização do ideal democrático.

2.1 DEMOCRACIA: DISCUSSÃO CONCEITUAL

O ideal democrático se associa com a positivação dos próprios Direitos Humanos, no século XIII. Seu amadurecimento, porém, já na modernidade, se deu em virtude das revoluções liberais ocorridas na Europa, ainda na Idade Média. Apenas no século XVIII, com as revoluções liberais burguesas, se alcança o princípio democrático como direito posto, contribuindo até mesmo para a independência norte-americana (SENA, 2015, p. 26-27).

Ainda segundo Sena (2015, p. 27), tendo em vista as mudanças ocasionadas pela Revolução Francesa, o princípio democrático se afirma a ponto de influir nas constituições liberais e na teoria política ocidental, estando presente na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão (1789) e preparando o caminho para as Constituições Sociais do início do Século XX. A democracia, portanto, consolida-se como a ideia política do século XIX, e no século XX o princípio democrático se torna semelhante ao que vige na atualidade, em sua forma clássica de democracia representativa.

Do ponto de vista etimológico, a democracia significa o poder do povo. Para Kelsen, a democracia está relacionada à ideia de liberdade, posto que um indivíduo apenas é livre se suas obrigações perante a ordem social coincidem com o que ele quer fazer. Assim, a democracia “significa que a vontade representada na ordem jurídica do Estado é idêntica à vontade dos sujeitos” (KELSEN, 2000a, p. 406). Conceitualmente:

A democracia, no plano da ideia, é uma forma de Estado e de sociedade em que a vontade geral, ou seja, sem tantas metáforas, a ordem social, é realizada por quem está submetido a esta ordem, isto é, o povo. Democracia significa identidade entre governantes e governados, entre sujeito e objeto do poder, governo do povo sobre o povo. Mas o que é esse povo? Uma pluralidade de indivíduos, sem dúvida. E parece que a democracia pressupõe, fundamentalmente, que essa pluralidade de indivíduos constitui uma unidade, tanto mais que, aqui, o povo como unidade é – ou, teoricamente, deveria ser – , não tanto o objeto mas principalmente o sujeito do poder. Mas saber de onde

resulta essa unidade, que aparece com o nome de povo, continuará sendo problemático enquanto se considerem apenas os fatos sensíveis. Divididos por posições nacionais, religiosas e econômicas, o povo aparece, aos olhos do sociólogo, mais como uma multiplicidade de grupos distintos do que como uma massa coerente do mesmo estado de aglomeração. Nesse aspecto, só se pode falar de unidade em sentido normativo. (KELSEN, 2000b, p. 35-36).

A partir do alargamento democrático ocorrido nos séculos XIX e XX, diversos sentidos foram incorporados ao conceito de democracia, por vezes até mesmo em caráter contraditório (KELSEN, 2000a, p. 25), resultando em diferentes regimes que se conceituavam democráticos. Este cenário, associado ao uso formal do termo “democracia”, acarretou até mesmo na busca da legitimação de práticas autoritárias e totalitárias sob o pretexto de se apresentarem como sistemas democráticos (BONAT, 2004, p. 28). Trata-se de uma adoção meramente formal da democracia, em que estão presentes discursos que na verdade não correspondem à prática política de determinado Estado.

Além disso, destaca-se que as dificuldades que giram em torno da conceituação da democracia estão associadas à sua natureza política, de modo que o conceito constantemente é utilizado no sentido estritamente político, ou até mesmo visto como uma forma de delegação de poder, quando se versa acerca de uma democracia de caráter representativo (BONAT, 2004, p. 28). De todo modo, embora seu conceito não seja preciso, é possível afirmar que o ideal democrático se apresenta como desejável na medida em que um governo democrático corresponda a um governo que tenha o povo como destinatário (SENA, 2015, p. 19). Entretanto, questiona-se imediatamente: quem é este povo?

Comparato (1997, p. 213) descreve que o conceito de povo é nitidamente operacional, pois esse termo não designa uma realidade definida e inconfundível da vida social, mas sim a busca jurídico-política de um sujeito para a atribuição de certas prerrogativas e responsabilidades coletivas. Nesta linha, ressalta-se o amadurecimento da compreensão acerca do que é o povo, questão formulada desde Rousseau e Kelsen (BONAVIDES, 2001a, p. 111) e de quem é o povo, questão aperfeiçoada e levantada por Friedrich Müller (BONAVIDES, 2001a, p. 111).

Para Friedrich Müller (2003), a discussão acerca de quem é o povo perpassa o reconhecimento do “povo” como povo ativo, nestes reconhecidos os titulares desta denominação por meio de previsões constitucionais; do “povo” como instância global de atribuição de legitimidade, sendo o povo elemento de legitimação das ações dos que são escolhidos por ele para representá-lo; do “povo” como ícone, associado a uma abstrata e unificada deste povo; e do “povo” como destinatário das prestações civilizatórias do Estado.

O debate firmado em torno do conceito democrático, intrinsecamente ligado ao conceito de “povo”, permitiu concebê-lo não como um conjunto unívoco e homogêneo, mas em sua pluralidade. Assim, tornou-se essencial para retirar o conceito de povo da abstração, investigando-o em sua eficácia participativa. Para Bonavides (2001a, p. 113), trata-se do povo “conduzido à esfera da realidade e da concretude”, sendo reconhecida a problemática na eficiência da participação popular pois, conforme o mesmo autor, o povo se torna “reduzido ao denominador comum mínimo da veracidade de sua participação, tão pouca, tão minada, tão sabotada, tão pervertida no processo político contemporâneo”.

Neste sentido, a percepção plural acerca de quem é o povo vem acompanhada de dificuldades, como a desigualdade social, que acaba por afetar o funcionamento do Sistema Único de Saúde e o gozo de um bem-estar generalizado, associado ao conceito amplo de saúde, por parte da população, sobretudo pela parcela que sofre com as desigualdades socioeconômicas.

Essa problemática da unidade está também presente em Müller (2003, p. 93), ao apontar que já não é suficiente falar em uma heterogeneidade estrutural ou em uma simples não-integração de determinados grupos, mas sim da exclusão de grandes grupos que, ainda que deixem de participar da cidadania, dependem das prestações previstas pelo direito.

A partir do momento em que as normas de saúde não encontram um destinatário homogêneo, ou seja: uma população de características uniformes, é seguro afirmar que a busca pela concretização do ideal democrático, no campo da saúde, deve ser adequada para que produza efeitos sobre todas as parcelas da população. Deve-se considerar ainda que as normas de saúde, em toda sua complexidade administrativa e conteúdo inegavelmente constitucional, não têm finalidade na sua própria existência. Devem ser aplicadas de modo a considerar toda a pluralidade populacional, mesmo que se saiba da impossibilidade de cobrir a todos com a proteção referente à saúde em função do orçamento, todavia é imprescindível a participação deste povo na tomada de decisões.

Para Bonavides (2001a, p. 110), não há democracia sem a participação do povo, e esta participação realizada pelo povo não só vitaliza a democracia, como também lhe confere “o grau de eficácia e legitimidade no quadro social das relações de poder, bem como a extensão e abrangência desse fenômeno político numa sociedade repartida em classes ou em distintas esferas e categorias de interesses”.

Diante da impossibilidade de se enxergar o povo como um conjunto uníssono, é seguro afirmar que a representação deste povo na política também não deve se pautar unicamente na

vontade de uma maioria. Trata-se de um povo plural, ou nas palavras de Canotilho (2002, p. 75-76), de um povo “real”:

O povo plural também não se identifica ainda com o ‘corpo eleitoral’ ou o ‘povo participante nos sufrágios’ tal como é definido pelas leis (designadamente leis eleitorais) e pela constituição. (...) O povo político diferencia-se do povo majoritário. (...) Em conclusão: só o povo real – concebido como comunidade aberta de sujeitos constituintes que entre si ‘contratualizam’, ‘pactuam’ e consentem o modo de governo da cidade -, tem o poder de disposição e conformação da ordem político-social. (CANOTILHO, 2002, p. 75-76)

Para um regime democrático, a ideia da vontade da maioria se conjuga com a proteção individual de cada indivíduo em sua minoria, atribuindo à democracia (sobretudo à democracia representativa) a proteção plural de que necessita para que tal regime possa sobreviver sem esmagar as minorias que o compõem e dão a ele justamente essa característica heterogênea.

Caso contrário, desconsiderada essa heterogeneidade na tomada de decisões, é seguro afirmar que a maioria do povo é capaz de esmagar “democraticamente” a minoria, em nome do interesse nacional, valendo-se inclusive do voto majoritário popular para legitimar as exclusões sociais em nome da democracia (COMPARATO, 1997, p. 220). Desta maneira, é possível até mesmo avaliar o potencial democrático das sociedades liberais pelo modo com que estas sociedades tratam as minorias (SOUZA, 2006, p. 42), sendo necessário destacar o impacto que a pluralidade social de larga escala tem sobre estas minorias.

Robert Dahl (2001, p. 61-62) compreende que o reconhecimento de uma democracia de larga escala exige que o sistema possua as seguintes instituições: funcionários eleitos; eleições livres, justas e frequentes; liberdade de expressão; diversas fontes de informação; associações dotadas de autonomia; e uma cidadania inclusiva. Tais requisitos revelam uma preocupação com um elemento essencial à democracia: a representatividade. Isto porque, a partir de instituições autônomas, inclusivas e compostas por membros escolhidos pelo povo, subsiste o viés democrático da instituição.

Tal reflexão pode ser aplicada ao Sistema Único de Saúde, sobretudo aos meios de participação popular presentes na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), no que diz respeito aos Conselhos de Saúde, que têm representação de diversos segmentos sociais, tais como do governo, dos prestadores de serviço e dos usuários.

Semelhantemente, as Conferências de Saúde também se reúnem periodicamente com a representação de vários segmentos sociais, com a intenção de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde, nos termos do artigo 1º

da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b). A relevância desta representatividade pôde ser percebida na medida em que, a partir das Conferências de Saúde, foram desenhadas normas de suma importância para a saúde pública no Brasil, tais como os regramentos que desenharam o Sistema Único de Saúde e outras normas já discutidas no primeiro capítulo.

Além da representatividade, a participação na democracia é elemento essencial. Isto porque, além de se sentir representada, a população deve também possuir a capacidade de participar adequadamente, até mesmo como um meio de controle social sobre a atuação dos representantes que foram eleitos. Por este motivo, a participação constitui elemento essencial para o exercício pleno dos direitos previstos no texto constitucional e para a manutenção de um Estado democrático. Na lição de Paulo Bonavides (2001b, p. 31):

Se não houvesse o horizonte da democracia participativa, para a qual se convocam, se recrutam e se arregimentam as falanges insubordináveis da mocidade acadêmica e universitária, as esperanças de fazer sobreviver a Constituição, já grandemente destroçada e transgredida, seriam mínimas, com a situação constitucional do país para sempre comprometida. (BONAVIDES, 2001b, p. 31)

Portanto, a participação popular se alia à democracia para, sob a égide da democracia participativa, ser capaz de resguardar os preceitos constitucionais que regem a sociedade e atender às necessidades da população representada. A deliberação, neste contexto, se torna um instrumento para expor e compreender as necessidades desta população.

Neste sentido, a democracia deliberativa tem como ponto de partida o paradigma da linguagem e das trocas comunicativas que se encontram entre os atores participantes nesta deliberação pública (QUINTÃO, 2014, p. 67).

Esta democracia deliberativa encontra influência nos estudos de Jürgen Habermas (1997), que considera um processo democrático que, baseado na teoria do discurso, engloba todos os lados envolvidos na tomada de decisão, integrando-os em um processo que o autor considera ideal. Assim, este processo democrático determina “um nexos interno entre considerações pragmáticas, compromissos, discursos de auto-entendimento e discursos da justiça, fundamentando a suposição de que é possível chegar a resultados racionais e equitativos” (HABERMAS, 1997, p. 19).

Neste sentido, destaca-se também a obra de Carlos Santiago Nino (1997). Sobre o discurso democrático, Nino (1989, p. 54) pontua que o discurso subjetivo serve para que o agente possa coordenar coerentemente suas várias ações e atitudes, de modo que, dentro do processo deliberativo, o sujeito delibera sobre o peso relativo das várias razões às quais adere,

desqualifica algumas e ratifica outras, inferindo também razões mais específicas e conclusivas que o levam a agir para satisfazer seu sistema de razões.

Diante disso, percebe-se a complexidade que está associada à concretização de um ideal democrático, tendo em vista ainda a polissemia do termo “democracia”. O foco na democracia deliberativa, para a presente pesquisa, se justifica pelas características da participação popular que são atribuídas ao SUS, cujas legislações serão especificadas no próximo capítulo. Para este momento, é necessário destacar que o ideal de participação popular no SUS objetiva uma formulação de políticas públicas que ultrapasse o que pode ser alcançado por meio exclusivo dos representantes eleitos. Não se trata de avaliar, ou valorar, a contribuição destes representantes na formulação das políticas públicas, mas sim voltar o olhar à necessidade de participação direta da população conjuntamente.

Por este motivo, a democracia deliberativa se adequa à discussão por ressaltar a importância da esfera pública de tomada de decisão, que “pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e *opiniões*” (HABERMAS, 1997, p. 92), sendo necessário que os indivíduos possam participar dos debates travados nesta esfera.

Esta necessidade de um debate apto a fundamentar a justificativa pública para determinada tomada de decisão se relaciona ao aspecto moral da política, tendo em vista a necessidade de que as escolhas e opiniões sejam justificadas, e não pautadas em um discurso neutro. Assim, a democracia deliberativa se afasta da busca por neutralidade do discurso para incentivar a deliberação acerca de determinada matéria, com vistas a alcançar uma solução adequada por meio desta deliberação, que deve acontecer de maneira justificada por cada um dos envolvidos no debate. Assim sendo:

(...) o conceito deliberativo se apoia em princípios explicitamente morais, em vez dos tradicionais métodos da democracia agregativa, que pregam a neutralidade como sua exigência. Todavia, esses dois métodos não são incompatíveis entre si. (...) devido a recursos escassos envolvidos no processo político (principalmente o tempo), a democracia deliberativa pode utilizar a lógica de agregação das preferências (voto) por meio da regra da maioria, desde que anteriormente seja respeitado o princípio da justificação pública. (QUINTÃO, 2014, p. 72)

Neste sentido, esta ideia da moral, que corresponde a valores individuais ou coletivos justificados, busca, assim como o direito em si, evitar conflitos e facilitar a cooperação sem que seja necessário fazê-lo por meio da autoridade e da coação, realizando tal feito através da discussão dirigida a obter consenso, ou seja: a atingir uma livre aceitação comum de princípios

de conduta com propriedades aptas a gerar a convergência almejada de ações e atitudes (NINO, 1989, p. 66). Desta maneira, tanto Habermas quanto Nino:

(...) tem por objetivo precípua pensar em uma democracia deliberativa, em que a totalidade das normas públicas seja resultado de uma deliberação entre pessoas iguais, orientadas a estabelecer o bem comum. Contudo, Nino (...) parte da premissa de que há uma tensão existente entre constitucionalismo e democracia. Desse modo, se para Habermas (...) a solução para tal dilema é de caráter puramente procedimental, no qual não se deve impor nenhuma restrição ao debate público, deixando que os próprios debatedores, no âmbito da discussão pública, estabeleçam o alcance e o conteúdo dos direitos que reconhecem reciprocamente uns aos outros, Nino (...) entende que tal solução conduz a um populismo moral na medida em que implica na errônea conclusão de que as soluções encontradas pelas majorias são automaticamente corretas. (LOIS; MARQUES, 2013, p. 120)

Neste sentido, Nino (1997) compreende que as soluções alcançadas por uma democracia puramente majoritária não são automaticamente corretas, sendo necessário o debate para que as decisões públicas sejam orientadas a estabelecer o bem comum, o que não significa o consenso entre as partes envolvidas, mas sim a consideração da justificativa de seus argumentos. Deve-se notar que isso ainda não é suficiente para garantir a representatividade, sendo necessário considerar o problema da desigualdade.

O problema da desigualdade atinge a ideia da democracia deliberativa porque os agentes envolvidos nela não estão aptos a gerar resultados condizentes com a realidade, pois não se estendem às diversas classes e segmentos. Explica-se: se o ideal democrático de participação no SUS pressupõe uma deliberação entre membros da sociedade que será afetada pela tomada de decisão, esta deliberação não trará resultados fieis à realidade se os participantes não possuírem meios materialmente iguais de participação. E como pontuado no discurso de Arouca (2013), a saúde envolve discussões que ultrapassam a distribuição de medicamentos e atendimentos hospitalares, de modo que esta desigualdade verificada na esfera pública de deliberação traz consequências que também ultrapassam estes aspectos do direito à saúde.

A democracia deliberativa presente em um ambiente de desigualdade, portanto, acabaria por se disfarçar em uma “legitimação periódica”, obtida através eleições, do arranjo normativo e do arranjo valorativo contingente materializado no Estado. Assim, é possível afirmar que se houver bloqueios do processo de concretização da Constituição por condições de ordem política, econômica ou mesmo cultural, a previsão constitucional ao direito à saúde e à participação popular no SUS não atingirá sua finalidade e, por consequência, “a cidadania

permanece no texto constitucional como bela fachada de uma construção interiormente em ruínas” (NEVES, 1994, p. 260).

Esta relação da democracia com a desigualdade merece especial atenção porque a discussão a respeito da democracia e participação popular em um contexto em que determinados indivíduos sequer possuem condições mínimas para o exercício de suas atividades cotidianas torna-se quase secundária, tendo em vista as prioridades de uma população que não alcança estas condições mínimas para uma sobrevivência digna.

A participação popular se alia à democracia para resguardar os preceitos constitucionais que regem a sociedade e atender às necessidades da população representada. Entretanto, esta relação entre o constitucionalismo e a democracia é dotada de tensões.

2.2 O PROBLEMA DO CONSTITUCIONALISMO E DA DEMOCRACIA

O papel do constitucionalismo na história pode ser analisado da perspectiva do objetivo com o qual se criou determinada Constituição, ou, na lição de Courtis e Gargarella (2009, p. 9), qual questionamento social determinada Constituição se propõe a responder. Exemplificando, e com base nos mesmos autores, toma-se a Constituição dos Estados Unidos da América (1787), que busca por fim ao peso das facções que ameaçavam os direitos de parte dos cidadãos. Neste ponto, nota-se que na concepção destes autores os textos constitucionais geralmente nascem de momentos de crises, para que se resolva algum drama político-social fundamental.

A fim de que se compreenda o desenvolvimento do constitucionalismo, outro ponto a ser abordado diz respeito à sua diferenciação quanto às políticas ordinárias (COURTIS; GARGARELLA, 2009, p. 15). Isto porque, conforme os mesmos autores, a dualidade entre política constituinte e política ordinária se dissolve quando há frequentes reformas das Constituições para consagrar determinadas metas ou atingir certos objetivos – havendo, assim, o risco de constitucionalizar a política ordinária, ou tornar a Constituição ordinária.

Gargarella (2013, p. 3), no que diz respeito aos mecanismos utilizados para alteração constitucional, discorre sobre a possibilidade de um constitucionalismo dialógico, que consiste no uso de mecanismos constitucionais que objetivam a inserção da participação popular nas tomadas de decisões, havendo um diálogo entre a Constituição e o seu povo. Assim, este constitucionalismo deve organizar e facilitar o diálogo estendido e entre iguais², havendo outras

² Iguais não necessariamente, mas como grupos que devem e merecem ser representados, ou seja, que tem aptidão de levar a um auditório suas demandas sociais, individuais ou de classe (considerada aqui como segmento e não na concepção marxista).

práticas mais compatíveis com a ideia de um sistema dialógico do que os mecanismos institucionais existentes. É de se refletir, portanto, se a mudança que se pretende alcançar com uma eventual reforma constitucional requer necessariamente uma alteração da Constituição, ou se poderia se alcançar por meio do debate político ordinário, considerando-se as características de um constitucionalismo dialógico.

Neste mesmo sentido, tendo em vista a diferenciação entre um debate que se relaciona com a política constituinte e com a política ordinária, deve se destacar que a construção do constitucionalismo, tal como sua compreensão, não pode deixar de lado o pensamento sobre os seus pressupostos filosóficos. Desta maneira, observa-se o problema da manutenção de uma estrutura constitucional advinda de pressupostos de raiz elitista, tomando-se, por exemplo, que as novas Constituições latino-americanas, aparentemente, não registraram a necessidade de mudar suas instituições com base das mudanças na filosofia pública (COURTIS; GARGARELLA, 2009, p. 19).

Neste ponto, é interessante pensar que as soluções constitucionais dialógicas, conforme apresentadas por Roberto Gargarella (2013, p. 3), propiciam o surgimento de práticas e doutrinas favoráveis ao diálogo constitucional. Em clara relação com a reflexão acerca da importância de pensar sobre os pressupostos filosóficos constitucionais, tem-se que as soluções constitucionais dialógicas possuem o condão de dar voz à população, e de que os mencionados pressupostos filosóficos se traduzem na adoção de determinadas instituições de um país.

Exemplificando-se, e fazendo referência novamente a Gargarella (2013, p. 16), pode-se pensar na adoção de uma sistemática de freios e contrapesos, em contraste para com o sistema constitucional baseado no diálogo democrático. Segundo o autor, enquanto as minorias têm dificuldades para influenciar a política, as maiorias não têm adequado e efetivo acesso aos representantes. É o que ocorre no controle social realizado no Sistema Único de Saúde, quando as demandas das minorias não chegam aos Conselhos de Saúde, e quando nem mesmo as maiorias têm acesso aos representantes da população nestes órgãos.

De todo modo, podem ser destacados os avanços verificados na realização de consultas e audiências públicas, exponentes do sistema constitucional dialógico, e que também servem à discussão acerca dos pressupostos da filosofia pública na construção constitucional, apontando-se para as Constituições da Bolívia e do Equador como mais distanciadas dos textos constitucionais tradicionalmente individualistas ou elitistas, e mais próximas da nova filosofia (COURTIS; GARGARELLA, 2009, p. 21).

Nesta linha, a formação do Estado democrático de Direito, bem como sua consolidação através da história do constitucionalismo brasileiro, se trata de tema deveras amplo para estudo,

em suas diversas perspectivas e variados problemas de pesquisa. A constitucionalização do Direito, ressaltando-se a importância da Constituição para que haja uma interpretação do ordenamento jurídico adequada aos valores constitucionais, também é fenômeno de constante abordagem no meio acadêmico.

Todavia, pensar sobre a conciliação entre constitucionalismo e democracia não consiste em uma tarefa simples, divergindo até mesmo entre os autores que discutem esta temática por meio de diferentes visões.

Tem-se, exemplificativamente, a verificação do paradoxo existente entre a democracia enquanto poder de decisão do povo e o constitucionalismo enquanto determinante de limites à soberania popular. Desta forma, a relação entre a soberania e o poder constituinte, tal como entre o constitucionalismo e a democracia, produz estudos que perpassam as ideias dos autores Carlos Santiago Nino e Roberto Gargarella para discorrer acerca da afirmação de uma democracia deliberativa (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 160), que se associa à dialogia proposta por Gargarella e exposta anteriormente, tendo em vista sua característica de construção de soluções por meio de um diálogo.

Lado outro, a interação entre constitucionalismo e democracia, perpassando a história do constitucionalismo e contrapondo-a aos elementos compositores dos textos constitucionais atuais, suscita o debate a respeito da possível mitigação do princípio da segurança jurídica e da democracia como consequência do afastamento do constitucionalismo clássico, provocado justamente pela ascensão de um novo constitucionalismo (GAGGIANO, 2011, p. 18).

Gaggiano (2011, p. 7) discorre sobre a dicotomia entre democracia e constitucionalismo, posicionando a democracia como paradigma que se associa ao resguardo da liberdade, por encontrar origem no povo enquanto destinatário do poder. Assim, a autora suscita o paradoxo consistente na relação entre o cerne fixo de uma Constituição, onde se inferem ideias de limitação de poder, bem como de preservação dos direitos humanos, e a condução deste a uma Constituição de postura antidemocrática, uma vez que tais ideias limitantes podem acabar por engessar decisões futuras que deveriam ser acessíveis às novas gerações, justamente por seu caráter democrático.

Chueiri e Godoy (2010, p. 166), por sua vez, ao tratarem sobre o paradoxo verificado entre democracia e constitucionalismo, destacam que esta discussão encontra bases no debate sobre soberania e poder constituinte, de modo que os autores partem da premissa de que a soberania, por seu caráter popular, determina que ao povo incumbe fundar a ordem normativa à qual se submete – ou seja, a Constituição. Desta forma, apontam estes autores para a

Constituição enquanto norma que se impõe como manifestação da soberania popular, vinculando estas e o poder constituinte.

Seguindo-se o raciocínio, apontam-se as dificuldades em conceituar e nitidamente delimitar os conceitos democráticos (GAGGIANO, 2011, p. 9). Desta maneira, Gaggiano (2011, p. 9-10) sugere a liberdade e a igualdade como diretrizes aos rumos democráticos, ressaltando a concretização destes rumos por meio de eleições livres. Assim, discorre sobre a legitimação do poder público na própria opinião pública, incluindo o papel da oposição para a existência da democracia, tendo em vista que esta insurge como mecanismo de controle e limitação do mencionado poder. Neste ponto, é interessante notar que Chueiri e Godoy (2010, p. 168) também pontuam a importância da igualdade nas ideias de democracia e constitucionalismo, colocando-a como o caminho comum passível de ser percorrido por estas duas ideias.

Neste contexto, Gaggiano (2011, p. 11) discorre sobre as espécies de democracia, destacando a democracia deliberativa, tal como Gargarella (2013), que agrega o paradigma de que a comunidade social integre as tomadas de decisões coletivas, atingindo um caráter transformador. Semelhantemente, observe-se que Chueiri e Godoy (2010, p. 169) concebem a democracia como um procedimento que visa à transformação. Assim, ao opor-se ao individualismo latente em prol de uma deliberação coletiva – que se baseia justamente na construção realizada em caráter coletivo –, o modelo deliberativo de exercício da democracia se destaca como instrumento imprescindível à referida construção coletiva de soluções aos problemas vivenciados em sociedade (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 169), incluindo-se os problemas que vêm da deficiência da participação popular na saúde pública, posto que se trata de uma participação que possui previsão legal e por vezes não é adequadamente executada, como tem se suscitado no decorrer deste trabalho em virtude de diversos fatores, dentre os quais se destaca a desigualdade socioeconômica entre os grupos da sociedade.

Desta forma, devem ser suscitadas as diferentes vertentes para a identificação da democracia em uma sociedade, a partir de critérios objetivos, em que pese à dificuldade conceitual. Neste ponto, observam-se critérios definidos por Robert A. Dahl e Bobbio, que se aproximam ao concluir pela necessidade de eleições livres, competitivas e em que caiba a oposição, sob as já mencionadas diretrizes de liberdade e igualdade, sendo este parâmetro o que possui o condão de resguardar os direitos humanos fundamentais. Assim se destaca:

Contudo, numa linha comparativa, os critérios de Dahl se aproximam muito dos oferecidos por Bobbio, concluindo-se que a deusa democracia deve

necessariamente envolver na sua concretização eleições livres e competitivas com amplos espaços para oposição; isto sob o norteamento dos princípios de liberdade e igualdade, única fórmula política – até o momento idealizada – apta à salvaguarda dos direitos humanos fundamentais. (GAGGIANO, 2011, p. 14-15)

Assim sendo, ao versar acerca do constitucionalismo em um contexto de caminhada à atualidade, Gaggiano (2011, p. 16) aduz que o século XX é marcado por um constitucionalismo de novos contornos, emergindo de pronto a ideia de que o texto constitucional abarque direitos de segunda geração, com suas temáticas sociais e econômicas, e não apenas estatua juridicamente a organização política social. Neste diapasão, o protagonismo judicial deste novo momento, chamado de constitucionalismo contemporâneo ou neoconstitucionalismo, afeta o princípio da segurança jurídica, assumindo uma postura descompromissada com este princípio, “(...) que exsurge na trajetória evolutiva da ideia de Estado de Direito, buscando exatamente lhe assegurar reforço, robustecendo a missão maior de uma Constituição, qual seja estabelecer limites e engradar o Poder” (GAGGIANO, 2011, p. 19).

De maneira diversa, Chueiri e Godoy (2010, p. 165) demonstram, na verdade, a existência de uma tensão produtiva entre democracia e constitucionalismo, afirmando-se que um conceito é fato constitutivo do outro. Neste ponto, os autores sugerem que se percorra o caminho comum às duas noções, que para eles, citando Gargarella, encontra-se no princípio da igualdade. Isto porque referido princípio sustenta que todas as pessoas têm a mesma dignidade moral, restando iguais em suas capacidades mais elementares, de modo que possuem o mesmo direito de intervenção na resolução dos assuntos que lhe digam respeito (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 168).

Observa-se, assim, que o compromisso firmado pelo ordenamento jurídico pátrio para com a democracia não exclui o compromisso firmado para com o constitucionalismo (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 168), não sendo tal tensão autodestrutiva, e sim complementar e produtiva, a partir do momento em que uma se torna pressuposto para que a outra cumpra seu papel de resguardar os direitos intrínsecos ao ser humano e permita sua manifestação em sociedade.

Considera-se a busca pela preservação dos direitos fundamentais, que possibilitam a preservação da individualidade e da estrutura de decisão democrática. Neste íterim, a igualdade se revela entre as opiniões proferidas a partir do momento em que serão igualmente consideradas – embora possam ser valoradas de maneira diferente (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 168). Ou seja: permitir o debate democrático e deliberativo não significa adotar indiscriminadamente todas as visões ali proferidas. Trata-se, com efeito, da possibilidade de

debate, que no caso do direito à saúde não poderá chegar a uma conclusão que – exemplificativamente – exclua direitos fundamentais de determinados indivíduos, ainda que haja melhorias no SUS como um todo para isso.

Embora autores como Gaggiano (2011, p. 20) tracem reflexões no sentido de que o rompimento com as diretrizes de um constitucionalismo que possui seu cerne fixo, consoantes às já mencionadas ideias de limitação de poder e de preservação dos direitos humanos, a fim de se evitar uma condução a uma Constituição de postura antidemocrática, não pode significar a exigência de extinção da ideia de rigidez constitucional, autores como Vera Karam de Chueiri e Miguel G. Godoy (2010, p. 169) traçam uma linha de pensamento que conclui que a democracia deliberativa possui o condão de rearticular a soberania e o poder constituinte, bem como o constitucionalismo e a democracia, observando-se positivamente o produto da tensão existente constitucionalismo e democracia.

Reconhece-se, todavia, em ambos os autores, a referida tensão entre constitucionalismo e democracia, de modo que, enquanto um texto a enfrenta com um viés otimista acerca de seu produto (CHUEIRI; GODOY, 2010), o outro aponta justamente para o perigo de uma flexibilização constitucional, perigo este que se revela, inclusive, um risco para a própria preservação da democracia (GAGGIANO, 2011).

Desta maneira, pode-se questionar acerca da estrutura jurídica que seria apta a preservar a democracia, caso rompida a estabilidade constitucional e o núcleo duro dos pressupostos do Estado de Direito, afirmando-se que a segurança jurídica, tal como a democracia, ainda encontram guarida no velho constitucionalismo (GAGGIANO, 2011, p. 20); bem como se pode refletir acerca da possível conciliação entre o Estado de Direito e a soberania popular, de modo a encarar esta tensão entre democracia e constitucionalismo como algo produtivo por meio da proposta de democracia deliberativa, potencializando referida tensão em prol da concretização de direitos e do aumento da abrangência democrática (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 169).

Explica-se: embora se verifique a tensão existente entre constitucionalismo e democracia, esta tensão não precisa ser tomada como autodestrutiva, e sim complementar. Se para o direito à saúde resta necessária a proteção constitucional, o debate democrático deliberativo pode servir ao seu aperfeiçoamento, tendo em vista a possibilidade de aprimoramento das políticas públicas de saúde por meio da participação popular. Do mesmo modo, se para o direito à saúde resta necessária a deliberação democrática, cabe ao constitucionalismo estabelecer e resguardar os mecanismos de participação necessários e adequados.

De mais a mais, percebe-se em todo momento a preocupação com a preservação dos direitos fundamentais, bem como da liberdade e da igualdade, para que se atinja um possível equilíbrio entre essas duas ideias, que embora possam ser vistas como conflitantes, certamente são necessárias – e, por vezes, complementares – em um Estado democrático de Direito.

Dentre os aspectos democráticos e constitucionais apontados, foi possível perceber o destaque da democracia deliberativa nas concepções apontadas, que para Gaggiano (2011, p. 11) agrega o paradigma de que a comunidade social integre as tomadas de decisões coletivas. Semelhantemente:

Aqui reside a importância da deliberação coletiva enquanto elemento essencial para a tomada de decisões de índole coletivas, já que se parte do pressuposto de igualdade e de que todos merecem igual respeito e consideração. Se o alcance dos direitos em um determinado momento passa a ser restringido, muitos problemas sociais deixam de ser resolvidos pelo direito, mas poderiam/podem/devem ser resolvidos pelo processo democrático à medida que o povo – os que são afetados por essa restrição – toma parte no processo político, no debate, no processo de decisão. (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 169)

Para versar acerca desta deliberação coletiva, é necessário adentrar aos conceitos trazidos por Nino, que busca o alcance de uma posição coletiva, que se baseia de maneira exclusiva em um processo de construção e reflexão coletivas. Trata-se, portanto, da inclusão dos cidadãos no processo de tomada de decisões por meio de uma democracia deliberativa que, como colocado anteriormente, rearticula as tensões entre poder constituinte e soberania, assim como entre constitucionalismo e democracia (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 169), extraindo desta força algo que seja produtivo o suficiente para concretizar aos objetivos de cada um destes elementos.

Explica-se, tomando por base o foco desta dissertação, que é a participação popular no SUS: é possível afirmar que tanto o constitucionalismo quanto a democracia possuem por objetivo a manutenção de determinada ordem, de determinada maneira. No caso do SUS, a democracia não pode ser vista como artifício para que a vontade de uma maioria se sobreponha às necessidades de uma minoria, que ficaria prejudicada caso isso acontecesse. Repisa-se o afirmado anteriormente, no sentido de que a democracia não exclui o compromisso firmado para com o constitucionalismo (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 168), sendo tais concepções complementares e não mutuamente destrutivas.

É justamente este o problema destacado no início desta pesquisa: a democracia, por vezes, leva a efeito as vontades de uma maioria numérica, desconsiderando em partes o objetivo

democrático de que as necessidades das minorias também sejam ouvidas. Essas minorias não são necessariamente numéricas face ao contexto de toda a população brasileira, mas estão pouco representadas pelos próprios indivíduos eleitos – até mesmo porque eles foram escolhidos por critérios que são favorecidos pela maior expressão numérica de eleitores.

De mais a mais, tal constatação faz concluir que o constitucionalismo também não extingue o compromisso com a democracia. Não se trata de uma tensão que faz com que a manifestação democrática se esvaia por completo em prol de valores previamente firmados pelo instrumento constitucional. A igualdade democrática se revela entre as opiniões proferidas a partir do momento em que serão igualmente consideradas – embora possam ser valoradas de maneira diferente, tomando por base parâmetros constitucionais que visem ao atendimento dos usuários do SUS de maneira a considerá-los em suas particularidades.

Outro ponto em que a discussão sobre constitucionalismo e democracia se amolda perfeitamente ao cenário da participação popular no SUS é na problemática da desigualdade para a efetiva participação popular, uma vez que os resultados da deliberação não serão condizentes com a realidade se as condições de participação forem desequilibradas. E é nesse ponto que novamente a democracia deliberativa de Nino ganha relevância para a participação popular no SUS, tendo em vista que este autor parte da igualdade como pressuposto à criação de uma política que melhor atenda às necessidades de determinado sistema ou objetivo – neste caso, o da formulação e prestação adequada dos serviços públicos de saúde prestados no Brasil, de acordo com a realidade da população.

2.3 A DEMOCRACIA DELIBERATIVA DE NINO

Nino (1997, p. 161) sustenta que, embora o processo deliberativo e a reflexão individual possam ser considerados como métodos para se alcançar princípios e decisões corretas do ponto de vista moral, tais decisões não podem usurpar direitos, conquistas e garantias alcançados na Constituição.

Enfrentando a tensão entre democracia e constitucionalismo, o autor aponta para a deliberação como a melhor forma de tomar decisões imparciais, superando a ideia da busca de um consenso, que não pode ser atingido justamente pelas desigualdades preexistentes na sociedade. Tal democracia deliberativa, em sua visão, se coloca como um meio possível para a transformação dos interesses e das preferências dos indivíduos envolvidos, atingindo-se o resultado mais adequado às necessidades dos envolvidos neste processo de discussão de caráter dialógico (NINO, 1997, p. 202).

Em sua obra *La constitución de la democracia deliberativa*, Nino (1997, p. 204) discorre sobre cada um dos aspectos da estrutura institucional democrática, pontuando as deficiências que constantemente fazem com que o processo democrático fracasse em seu objetivo de produzir resultados moralmente aceitáveis.

Dentre tais aspectos, destacam-se as características dos métodos de participação direta dos cidadãos, tais como o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular, sobre os quais os riscos e benefícios verificados são objeto de muita controvérsia (NINO, 1997, p. 205-206). Sobre estes riscos, embora se destaque a ausência de informação suficiente e preparo intelectual dos participantes para participar efetivamente das discussões travadas nestes meios de participação direta, pontua-se que os cidadãos votantes têm respondido de maneira mais responsável do que se esperava de início, sendo capazes de formular bons juízos (NINO, 1997, p. 207).

Ao versar sobre a democracia direta, Nino (1997, p. 212) conclui que a forma mais pura de democracia deveria emergir do processo de descentralização política, que por sua vez geraria unidades políticas suficientemente pequenas para possibilitar um processo de discussão e de decisão coletiva – não se aplicando este pequeno núcleo decisório a políticas de impacto de larga escala, as quais devem ser decididas em um nível mais alto de discussão e deliberação, envolvendo diversos núcleos. A democracia deliberativa, assim, constitui o caminho mais confiável porque tem a capacidade de chegar a resultados mais corretos, tendo em vista a possibilidade de transformação dos interesses das pessoas e de suas preferências (NINO, 1997, p. 202).

Desta maneira, o debate público não se esgota mais no estatal, pois a esfera política ultrapassa o sistema político tradicional, que tem sua atuação centralizada no governo e nos partidos políticos, para buscar uma construção de opiniões públicas razoáveis envolvendo os agentes da sociedade como um todo. A esfera política, assim, passa também a compreender um rol ativo da sociedade civil, como os meios de comunicação em massa e as organizações sociais (LOIS; MARQUES, 2013, p. 120), tornando-se um espaço de deliberação que engloba os diferentes atores da sociedade, e não só os que possuem relação direta com o governo.

Trata-se de uma deliberação que passa a ter valor epistêmico a partir da verificação de determinadas condições, tais como: (I) participação de todos os interessados na discussão; (II) a participação desenvolvida sobre uma base razoável de igualdade, livre de coerção; (III) a justificativa das opiniões proferidas; (IV) a maximização da probabilidade do alcance de um resultado julgado correto; (V) a ausência de minorias isoladas; e (VI) a ausência de influência de emoções extraordinárias para aqueles que participam do debate proposto (NINO, 1997, p. 180-192). Assim, verifica-se uma série de diretrizes que parte do pressuposto de uma tomada

de decisão descentralizada, tendo em vista o englobamento dos atores sociais na esfera de decisão.

Neste sentido, o artigo 198 da Constituição Federal, em seu *caput*, determina que as ações e serviços públicos concernentes ao direito à saúde, no que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS), deverão observar as seguintes diretrizes: (I) a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; (II) o atendimento integral, de modo a priorizar as atividades de caráter preventivo, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e (III) a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Esta diretriz da descentralização busca conciliar o Sistema Único de Saúde com a regionalidade diversa do cenário brasileiro, de modo a adequar suas políticas à característica continental do país, que possui muitas e distintas realidades econômicas, sociais e sanitárias (PAIM, 2015, p. 33). Descentralizar não significa apartar a atuação dos entes da federação, isolando-as completamente, pois os entes (estados, municípios, distrito federal e união) fornecem cooperação técnica e financeira para que as ações e os serviços de saúde não sejam estruturados apenas na escala dos municípios, considerando-se também a relação de vínculo entre os entes federados na concretização do direito à saúde.

Desta forma, em vez de culminar em sistemas isolados e autônomos, a descentralização da gestão da saúde deve efetivar a constituição de sistemas locais de saúde que realizem uma articulação regional com o sistema nacional (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 71-73). Como pontuado anteriormente, esta descentralização se dá pela tomada de decisão a nível municipal, estadual e federal, no caso do SUS, por meio sobretudo dos mecanismos instituídos e direcionados por meio das leis de saúde (BRASIL, 1990a e 1990b). Nesta linha, e de modo geral, Nino (1997, p. 213) suscita a necessidade de se continuar buscando meios para a participação popular, aperfeiçoando-se e otimizando o uso dos métodos de democracia direta já existentes, sem defender uma dispersão da soberania, a qual é vista como negativa pelo autor (NINO, 1997, p. 228).

Nesta linha, um entrave significativo para esse incremento da participação popular é exatamente a apatia política, que se manifesta como uma crise da democracia. Nino (1997, p. 215) observa que o objetivo de incrementar a participação política tem sido frequentemente rechaçado por inferir uma visão perfeccionista da democracia.

Para o autor, a exigência de uma participação moderada do cidadão não deve ser vista como algo prejudicial, e também não deve ser rechaçada face a uma participação que exija muito tempo dos indivíduos envolvidos. Nino (1997, p. 215-216) pontua ainda que (a) o governo democrático é um bem público; que (b) a participação popular na discussão pública e

na tomada de decisões é essencial para proteção dos interesses dos que serão afetados por tal decisão e estão em uma situação parecida; e que (c) a participação pode se exigir como uma forma legítima de “paternalismo” não perfeccionista, tecendo considerações que concluem que, no processo político, a inexistência de participação de certos grupos resulta na ausência de opções atrativas para estes grupos.

Novamente voltado à tensão entre constitucionalismo e democracia, Nino (1997, p. 217) aponta que uma participação popular no processo políticos pode ainda produzir perigos para a estabilidade do sistema democrático, envolvendo o constitucionalismo, a continuidade da prática constitucional e a possível tensão entre esta e o processo de tomada de decisões democráticas.

Nesta linha de intelecção, tem-se que para Nino (1997, p. 217) o incremento da participação popular pode por em perigo a preservação da prática constitucional, sendo esta uma condição necessária para a efetividade do processo democrático – de modo que a democracia pode acabar sendo frustrada não apenas pelas decisões tomadas democraticamente, mas também pelo impacto destas decisões sobre os requisitos de continuidade do próprio processo democrático.

Por isso, para preservar a democracia, Nino (1997, p. 220) pontua que deve ser criada uma dinâmica que preserve as preferências dos grupos relevantes envolvidos na discussão. Novamente, nota-se que se trata de um movimento de deliberação conjunta, e não de busca pelo consenso. Neste sentido:

Defender a deliberação como a melhor forma de tomar decisões imparciais não significa a ilusão em busca do consenso. Ao contrário, a deliberação é muitas vezes o momento de revelação de um estado de conflito, e não o caminho para um acordo consensual (...). Por isso, Carlos Nino (...) não pretende alcançar o consenso como resultado mais adequado ou a solução mais justa, nem mesmo quando estiverem presentes as condições ideais para o debate. (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 170)

Desta maneira, a revelação do momento do estado de conflito entre os interesses de grupos divergentes, em matéria de saúde, pode se tornar instrumento de identificação da adequação ou inadequação das políticas públicas e auxiliar na busca da concretização do direito à saúde da população, tanto os participantes diretos do debate quanto aqueles que os representam e dizem por eles no debate.

Em sua obra *El constructivismo ético*, Nino (1989, p. 66) pontua ainda que a ideia de moral, dentre vários fenômenos, assim como o direito, está associada a evitar conflitos e

facilitar a cooperação, sem que isso seja feito através da autoridade e da coação, mas através da discussão dirigida a atingir uma livre aceitação comum de princípios de conduta com propriedades aptas a gerar a convergência almejada de ações e atitudes. Trata-se de um exercício prático que visa resolver conflitos por meio da coincidência de ações e atitudes obtidas pela livre adoção dos mesmos princípios, dentro do que se denomina “construtivismo” (NINO, 1989, p. 70). No que diz respeito ao direito à saúde, esta busca por uma espécie de denominador comum construído em conjunto deve considerar direitos basilares, tais como o direito à vida, e princípios fundamentais, como o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto na Constituição como fundamento do ordenamento pátrio (BRASIL, 1988).

Seguindo o raciocínio sobre os problemas que atingem os resultados do processo democrático, além do problema da apatia política, Nino aponta também para a pobreza do debate público (NINO, 1997, p. 222). Associando esta problemática ao sistema presidencialista de governo, o autor afirma que tal sistema tende a centralizar as propostas de eleição em um indivíduo em caráter pessoal, e não em suas ideias ou proposições para o governo, fazendo suas características e preferências serem vistas com mais importância de que suas posições sobre o serviço público em si, o que não acontece da mesma maneira no sistema parlamentarista. O empobrecimento do debate público também se associa ao modo com que são conduzidas as campanhas eleitorais, tendo em vista os interesses privados por trás de propagandas e publicidades massivas em torno de certos candidatos (NINO, 1997, p. 228).

Assim, é necessária uma releitura da comunicação coletiva, para que a qualidade do debate público não se perca por meio do empobrecimento que diversos fatores causam, desde o sistema de governo à pressão e influência da mídia sobre certas ideologias ou mesmo determinadas personalidades políticas que integram as corridas eleitorais. No caso dos sistemas eleitorais, vislumbra-se ainda uma “intermediação imperfeita” (NINO, 1997, p. 235), tendo em vista as próprias características e critérios de eleição dos representantes públicos.

Tais características afastam a solução alcançada em um debate de um entendimento alcançado com base nas opiniões proferidas, tendo em vista que tais opiniões acabariam sendo prejudicadas por esta representação deficiente na esfera pública de tomada de decisão (HABERMAS, 1997, p. 92). Por isso, esta representação inadequada, aliada a um debate empobrecido e à apatia política, poderiam até trazer um entendimento “consensual”, dando a entender que as noções ali compartilhadas dizem respeito à realidade da população; entretanto, este entendimento construído em conjunto seria irreal se alcançado com base nas ideias de uma maioria representada, sem considerar as minorias que fizeram parte do debate.

Lois e Marques (2013), que se valem também das ideias de Nino, apontam sobre a necessidade de um acordo racionalmente motivado entre todos os participantes e atores de uma sociedade, que tais autores denominam um “entendimento cooperativo”. Tal entendimento inclui no processo deliberativo para alcançá-lo “os interesse, as opiniões e as preferências de todos os afetados pela situação em tela” (LOIS; MARQUES, 2013, p. 117), considerando-se ainda a utilização dos princípios da universalização e do discurso para construir e possibilitar a conclusão alcançada, expressando um caráter diversificado e descentralizado de uma soberania popular construída a partir de agentes distintos organizados no âmbito estatal para a tomada de decisões – sendo necessário o processo democrático para que tal entendimento se construa.

Nesta mesma linha, Nino (1997, p. 296-298) conclui que – partindo do pressuposto de que o constitucionalismo requer um processo democrático – o respeito aos direitos individuais e a preservação de uma prática jurídica conforme se articularam primeiramente em uma constituição histórica. Assim, tendo por base a prática social da discussão moral, destacaram-se os princípios da autonomia, inviolabilidade e dignidade do indivíduo, gerando uma constituição ideal dos direitos baseada nos bens necessários para esta autonomia pessoal.

Para Nino (1997, p. 298), a constituição ideal do poder está baseada sobre uma justificação da democracia que se apoia sobre a transformação dos interesses das pessoas através do processo de discussão participativa e de uma decisão majoritária. Por conseguinte, esta decisão, alcançada por meio de uma visão que considere as necessidades das minorias por ela afetadas, poderá ser alcançada se superados os problemas anteriormente levantados – da apatia política, da pobreza do debate público, e da imperfeição da mediação representativa.

Estes indicadores são extremamente relevantes para a presente pesquisa, e serão abordados novamente no quarto capítulo, com o intuito de avaliar a sua ocorrência nas pesquisas realizadas quanto à participação popular no SUS. A apatia política será identificada por meio de elementos que indiquem o desinteresse da população para com os instrumentos de participação popular. A pobreza do debate, por sua vez, será identificada pela deficiência na deliberação, considerando-se o cumprimento dos critérios de representatividade nos meios de deliberação do SUS como fator essencial para que o debate seja considerado rico. Por fim, a imperfeição da mediação representativa será identificada também pela compatibilidade dos perfis dos representantes para com o perfil da população.

3 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E CONTROLE SOCIAL

Os direitos humanos são direitos que “aspiram à validade universal para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional)” (SARLET, 2006, p. 36).

Em 1948, a “Declaração dos Direitos Humanos”, após o período da Segunda Guerra Mundial – que foi marcada por múltiplas atrocidades –, elencou e definiu os direitos e liberdades fundamentais a serem garantidos pelos Estados. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém, não apresenta força jurídica obrigatória e vinculante. Seu processo de “juridicização” (PIOVESAN, 2007), iniciado em 1949, foi concluído em 1966 com a elaboração de mais dois tratados: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – conjugando-se estes três instrumentos na Carta Internacional dos Direitos Humanos.

Para Bobbio, “o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político” (BOBBIO, 1992, p. 24). Esta máxima releva a importância não apenas de uma positivação destes direitos, mas também da constante busca por sua concretização.

Enquanto os direitos humanos se associam aos documentos internacionais que o garantem em uma ordem aplicável a todos os Estados, os denominados “direitos fundamentais” encontram guarida na ordem interna de cada Estado. Os Direitos Fundamentais são os “direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado” (SARLET, 2006, p. 36).

Os direitos fundamentais revelam-se como resultado de um longo processo de evolução social, e por este motivo estão associados à complexidade da sociedade moderna, que consiste na forma com que os elementos desta sociedade se relacionam (CÁRCOVA, 1998, p. 180). Estes direitos estabelecem limites e a vincular a legislação positivada em determinado Estado soberano (FERRAJOLI, 2011, p. 74).

Nessa linha, entende-se que os direitos fundamentais advêm da “personalização e positivação constitucional de determinados valores básicos”, de modo que, associados à parte orgânica da Constituição, integram o núcleo substancial “formado pelas decisões fundamentais da ordem normativa” (SARLET, 2005, p. 70). Ou seja: as normas se orientam também a resguardar valores básicos de direitos fundamentais.

Em sua conexão com o Estado Democrático, é possível afirmar ainda que os direitos fundamentais consistem em “condições do regular funcionamento da democracia” (NOVAIS,

2006, p. 20). Diante das dificuldades para sua concretização, muitas vezes tal classe de direitos não possui efeitos imediatos ou amplamente visíveis na sociedade. Mesmo assim, são direções a serem seguidas pela sociedade, entendendo-os como objetivos a serem perseguidos para o futuro.

Dentre os direitos fundamentais reconhecidos no direito pátrio, destaca-se a dignidade da pessoa humana, que diz respeito ao espaço de integridade moral e material a ser assegurado a todas as pessoas (BARROSO, 2014, p. 127-130). Trata-se de um conceito amplo e profundo, que engloba diversos aspectos da vida humana.

A dignidade da pessoa humana é o princípio central de um ordenamento que preza pelos direitos fundamentais e pela democracia. Minimamente, a dignidade humana identifica três elementos, sendo estes: o valor intrínseco de todos os seres humanos; a autonomia de cada indivíduo; e a limitação determinada por algumas restrições legítimas impostas a ela em nome de valores sociais ou interesses estatais, correspondente a um valor comunitário (BARROSO, 2014, p. 44).

Nesta seara, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, aliado à consagração constitucional da indisponibilidade dos direitos fundamentais e da correspondente vinculação das entidades públicas para a concretização destes direitos tornam-se pressupostos para considerá-los exigíveis mesmo quando houver uma maioria que não possui interesse no seu cumprimento – ou seja, os direitos fundamentais são considerados como trunfos contra a maioria (NOVAIS, 2006). Ainda, os direitos fundamentais vinculam também os particulares, de modo que, para além da dimensão individual, se considere a dignidade da pessoa humana como valor social (STEINMETZ, 2004, p. 227), exigível pelo indivíduo perante toda a sociedade, e não só perante o Estado, e exigível por todos os integrantes desta sociedade.

O princípio da dignidade da pessoa humana figura como fonte direta de direitos e deveres e como meio de interpretação, sendo diretriz apta a informar o sentido e o alcance dos direitos constitucionais. A dignidade da pessoa humana constitui, assim, premissa intrínseca ao reconhecimento e à materialização dos direitos fundamentais.

No texto constitucional brasileiro, a dignidade da pessoa humana está elencada como fundamento da República Federativa do Brasil, no caput do seu artigo primeiro, e os direitos fundamentais estão previstos no rol de incisos do caput do artigo quinto (BRASIL, 1988). A dignidade da pessoa humana inclui necessariamente a prestação da saúde básica (BARCELLOS, 2011, p. 250), dentre outros direitos que dependem da prestação do Estado, pois além de ser um direito fundamental que assiste a todos, é uma consequência constitucional indissociável do direito à vida (BRASIL, 2000).

A Constituição brasileira vigente prevê também um rol de direitos classificados como direitos sociais. No texto constitucional, os direitos sociais estão previstos no rol de seu artigo sexto, e são 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, e enfim a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Para Virgílio Afonso da Silva (2010, p. 77), a partir do momento em que a proteção dos direitos sociais implica na exigência de ações estatais, proteger estes direitos significa realizá-los, de modo que “o âmbito de proteção de um direito social é composto pelas ações estatais que fomentem a realização desse direito”.

Partindo dessa ideia de associar os direitos sociais às prestações estatais, Clève (2003, p. 4) esclarece que há teorias no sentido de que esses direitos sociais não são reais porque correspondem a meros programas ou estratégias de ações a serem realizadas pelo governo.

Sarlet (2009, p. 429-430), em seus estudos, percebeu a existência de teses que questionam a própria constitucionalização de tais direitos sociais, e embora este autor rechace tal posicionamento, em seus estudos foi identificado que algumas dessas teses afirmam que os direitos sociais nem deveriam constar do texto constitucional, havendo também teses que refutam que esses direitos sociais têm a condição de direitos fundamentais. Neste último ponto, é importante pensar que essa controvérsia ao redor do regime jurídico-constitucional dos direitos sociais remete também (e não apenas) aos problemas sua eficácia e, por consequência, de sua efetividade.

A previsão dos direitos sociais na Constituição não é suficiente para neutralizar as objeções a eles, especialmente no que diz respeito à sua efetivação. Por exemplo, a “reserva do possível” como resistência ao reconhecimento dos direitos sociais como direitos subjetivos, protagoniza a “maioria das discussões, que vão desde a delimitação do conteúdo em si da reserva do possível, até os limites da atuação jurisdicional nesta matéria, designadamente quando esta esbarra em escassez de recursos, limitações orçamentárias e obstáculos de outra natureza” (SARLET, 2009, p. 448).

Conforme estudo de Canotilho (2008, s.p.), as objeções aos direitos sociais podem sistematizadas da seguinte forma, quanto aos ideólogos liberais:

Em sentido diametralmente inverso, os ideólogos liberais partem das seguintes premissas: (i) os direitos sociais não são verdadeiros direitos porque não possuem a dignidade de direitos subjetivos; (ii) as normas constitucionais consagradoras desses direitos são normas programáticas que em rigor não deveriam estar no texto constitucional, pois as suas concretizações dependem das políticas públicas dos órgãos políticos

legitimados para as desenvolver; (iii) os bens protegidos por essas normas são, em primeira linha, **bens privados**, cuja protecção só excepcionalmente deve ser confiada às entidades públicas. (CANOTILHO, 2008, s.p.)

Neste sentido, as principais objeções aos direitos sociais – cuja efetivação frequentemente se associa às prestações do Estado – se relacionam à legitimidade do Poder Judiciário para decidir sobre assunto político, ao aspecto dogmático que diz respeito à indeterminação do conteúdo dos direitos sociais e à necessidade de interposição do legislador para realizá-los, “além de critérios de aplicabilidade e de cunho econômico, em especial quando as normas veiculadoras dos direitos sociais são consideradas programáticas” (ALVES, 2013, p. 214). Ainda, aponta-se a objeção quanto à falta de expertise dos magistrados para questões que requerem conhecimento técnico acurado (ALVES, 2013, p. 214).

Apesar destas objeções:

(...) a evolução constitucional desde outubro de 1988 revela que, tanto na seara doutrinária quanto jurisprudencial, apesar de algumas posições dissonantes, se verifica, em termos gerais, a construção de uma dogmática e prática jurisdicional comprometida com os direitos sociais fundamentais e a garantia de um regime jurídico-constitucional compatível. **Tal fenômeno ocorre tanto no que diz respeito ao reconhecimento em si da condição de verdadeiros direitos fundamentais aos direitos sociais (pelo menos dos assim designados direitos sociais básicos, ligados ao mínimo existencial, onde parece existir um consenso) quanto na superação, pelo menos em boa parte, das principais objeções que lhes são direcionadas, seja no que diz com a sua constitucionalização, seja no concernente a sua condição de direitos exigíveis.** (SARLET, 2009, p. 464, grifou-se)

Mesmo considerando estes avanços quanto às objeções aos direitos sociais, considerando-se ainda que “a maioria das objeções é derrubada frente à doutrina da efetividade, que determina que os direitos sociais devem ser concretizados, garantindo-se a força normativa da Constituição” (ALVES, 2013, p. 214), nota-se que a previsão dos direitos sociais na Constituição também não é suficiente para aumentar ou diminuir sua efetividade no que diz respeito aos padrões econômicos e de bem-estar social (SARLET, 2009, p. 430).

Sobre esses problemas do regime jurídico-constitucional dos direitos sociais, é importante considerar a peculiaridade das Constituições latino-americanas. Isto porque elas possuem a característica de prever uma larga extensão de direitos que até mesmo se afastam da realidade dos países que as validaram, chegando a serem classificadas como “poéticas” porque há uma tendência de positivação exhaustiva de direitos sociais em seus textos (GARGARELLA; COURTIS, 2009, p. 31). A partir disso, fica claro que dizer o direito não significa que este vá

instantaneamente ocorrer no plano material; todavia, conforme Gargarella e Courtis (2009, p. 32), não estabelecer estes direitos sociais tende a trabalhar contra sua materialização, uma vez que se torna mais fácil que estes direitos sejam alvos de críticas e objeções que fazem com que sejam descumpridos no plano material.

A partir disso, é necessário que os direitos sociais estejam previstos no texto constitucional, para que constem como objetivos a serem perseguidos sob a égide de um direito constitucionalizado. Além disso, é preciso reconhecer que esses direitos não são meras normas programáticas, de modo que podem ser buscados em face do Estado. Para Daniel Sarmento (2008), a evolução da ideia de que os direitos sociais constitucionalmente consagrados não passavam de normas programáticas para a compreensão de que o Estado deve realizar prestações materiais aos jurisdicionados – ainda que as normas sejam programáticas no que diz respeito a direitos sociais constitucionalmente positivados – é notável no contexto brasileiro.

Neste sentido, José Afonso da Silva (1993, p. 19-21) destaca o caráter vinculativo das normas programáticas, dando ênfase à imperatividade estas normas como imposição constitucional aos órgãos públicos. Assim, todas as normas que reconhecem os direitos sociais, mesmo que programáticas, vinculam os órgãos estatais, de modo que estas normas devem ser entendidas como normas que apresentam realizações futuras, e não normas que são desprovidas de aplicabilidade imediata.

Assim, sobre os problemas do regime jurídico-constitucional dos direitos sociais, é possível perceber que as mesmas críticas que afetam os direitos sociais – no sentido de que eles não seriam reais porque correspondem a um mero plano de governo, e não há disposições explícitas acerca do destinatário da norma – podem também afetar os direitos fundamentais. Isso porque, como visto anteriormente, a existência do rol de direitos fundamentais também não implica na sua verificação imediata no plano concreto, sendo normas que orientam à finalidade social que se busca atingir.

Embora existam normas que determinem direitos, o problema está que, no plano concreto, a lei por vezes não corresponde à realidade do país. Exemplificativamente, se alguém chegasse ao Brasil e lesse a Constituição de 1969, ficaria surpreso e embevecido com o padrão de civilização que logramos erigir (BARROSO, 2014, p. 62-63), quando essa na verdade não era a realidade do país. Entretanto, o caráter constitucional dos direitos sociais é necessário, porque a sua essência é de direito fundamental.

Explica-se: todos os direitos que sejam fundamentais em sua forma e em seu conteúdo são considerados fundamentais, por comungarem de uma dupla fundamentalidade – formal e material (LEITE; SARLET, 2009). Assim, se o direito possui a característica material de um

direito fundamental – atrelados à dignidade da pessoa humana e parte de um núcleo principal de direitos que são necessários para esta existência digna –, e está previsto constitucionalmente como um direito fundamental, cumprindo assim o requisito formal (relacionado à forma com que é previsto), trata-se de um direito fundamental.

Nesta linha de raciocínio, para Clève (2003, p. 4) tudo que está na Constituição obriga à sua concretização, e a partir disso o artigo sexto da Constituição – em que estão previstos os direitos sociais – não constitui norma meramente programática ou despida de eficácia imediata. Ao contrário, deve ser lida como uma determinação de direito fundamental. Para Sarlet (2009, p. 436-437), como no raciocínio desenvolvido anteriormente, todos os direitos previstos na Constituição, positivados expressa ou implicitamente positivados, sediados ou não no título “dos direitos e garantias fundamentais”, são direitos fundamentais.

Quanto ao requisito material, observa-se que as temáticas insertas no artigo sexto da Constituição constituem matérias de direitos fundamentais, ao menos no que são necessários ao alcance da dignidade da pessoa humana e, conseqüentemente, ao mínimo existencial (SARLET, 2009, p. 464).

Para além das dificuldades apontadas acerca da efetividade dos direitos sociais, é necessário apontar ainda para outros fatores que acabam por interferir na sua concretização.

O primeiro deles é o fator custo desses direitos. Deve-se ter em mente que todos os direitos representam custos – e não apenas os direitos sociais prestacionais. Entretanto é necessário observar que, em que pese à vertente preponderante em relação à manutenção de um mínimo existencial, o Estado possui meios limitados de cumprimento de suas obrigações, em todos os campos. Sarlet (2009, p. 448-450) afirma que o fator de custo de todos os direitos fundamentais nunca constituiu um elemento suficientemente impeditivo da efetivação pela via jurisdicional, mas que no caso dos direitos sociais a prestações, seu custo é especialmente relevante para sua eficácia e efetivação.

Em segundo lugar, deve ser considerado o problema da efetiva disponibilidade do seu objeto, ou seja: se o indivíduo a quem a norma obriga a determinada prestação está em condições de cumpri-la. Trata-se não mais da disponibilidade efetiva dos recursos, mas da “possibilidade jurídica de disposição, já que o Estado (assim como o destinatário em geral) também deve ter a capacidade jurídica, em outras palavras, o poder de dispor, sem o qual de nada lhe adiantam os recursos existentes” (SARLET, 2009, p 451).

Embora os problemas de custos e de disponibilidade do objeto interligados, tal distinção se assemelha ao que Ana Paula de Barcellos (2003, p. 278) trata como a reserva do possível fática e a reserva do possível jurídica. A reserva do possível fática refere-se às limitações

verdadeiramente financeiras, que se voltam à real impossibilidade de que se custeie determinada prestação. Já a reserva do possível jurídica diz respeito à impossibilidade orçamentária de cumprimento de determinada prestação, não por ausência de recursos orçamentários, mas sim em razão da indisponibilidade de recursos para o fim específico que se pretende atingir com a prestação. De todo modo, observa-se que tais definições podem ser vistas de maneira conjunta, pois a disponibilidade de determinado recurso – seja fática ou jurídica – pode ter como fator determinante uma escolha política do gestor, que poderá organizá-la dentro de suas prioridades e escolhas, respeitados os limites legais e até mesmo constitucionais – sobretudo no caso da saúde pública – aos quais se sujeita para tal.

A falta de concretização dos direitos sociais, de maneira geral, pode ser superada por vias de acesso à prestação do direito pleiteado. Dentre eles, existe a busca pela prestação pela via administrativa, por meio de requerimento administrativo ou outro procedimento adequado à demanda que se pretende ver cumprida, bem como a busca pela prestação pela via judicial, que ocorre mediante a apresentação da demanda à justiça. Trata-se do direito fundamental de petição, que está previsto no rol do artigo quinto do texto constitucional, em seu inciso XXXIV, alínea “a”, que pode ser exercido por entidades associativas (artigo quinto, inciso XXI) ou pelo próprio cidadão (artigo quinto, inciso LXXIII) para tutelar direitos individuais ou coletivos das categorias profissionais (artigo quinto, inciso LXX), dentre outras várias possibilidades do direito de petição previsto constitucionalmente (BRASIL, 1988).

Conforme artigo primeiro, parágrafo único, da Constituição, “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988). O texto constitucional conferiu o controle das atividades administrativas à sociedade, prevendo que esta sociedade pode exercer seu poder por meio dos representantes ou de suas próprias ações, especificando os temas a serem regulados por legislação específica para que esta participação social aconteça, na qual se incluem as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral – como o direito à saúde. A Constituição (BRASIL, 1988) trouxe a previsão de formas de participação do usuário na administração pública, conforme dispositivo abaixo:

Art. 37. (...) § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação

periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (Vide Lei nº 12.527, de 2011)

III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (...) (BRASIL, 1988)

Todas essas ações previstas na Constituição (BRASIL, 1988) dizem respeito ao controle social. Este, por sua vez, determina possibilidade de que uma decisão tomada pelo poder público venha a ser revisada ou até mesmo substituída, mesmo que a população não tenha sido devidamente consultada primeiro acerca de seus efeitos (BITENCOURT; FRIEDERICH, 2020, p. 64). Trata-se do controle da sociedade sobre as ações administrativas, que pode ser visto como condição de possibilidades dos serviços públicos (LEAL, 2003).

Por exemplo, o Manual “Para entender o Controle Social na Saúde”, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), pontua a situação registrada na ata da ducentésima vigésima primeira reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em que o Conselheiro Jorge Alves Venâncio solicitou espaço para apresentar uma proposta de recomendação relativa ao envio de medicamentos, pelo Ministério da Saúde, aos Estados (BRASIL, 2014, p. 171).

Ainda exemplificando o papel do controle social em ações relacionadas à saúde, este mesmo Manual incentiva a fiscalização dos medicamentos pela população, sugerindo os seguintes passos para que isso ocorra:

- a. Conheça as demandas por medicamento das unidades de saúde.
 - Identifique os medicamentos prioritários. - Veja se há coerência com as necessidades da população.
 - Verifique se os preços dos medicamentos adquiridos estão coerentes aos praticados pelo mercado. Acesse informações no endereço eletrônico do Banco de Preços do SUS - <http://portal2.saude.gov.br/bps/login.cfm>.
 - Verifique se os preços dos medicamentos atendem aos preços-fábrica divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
 - Veja se a aquisição de medicamentos é coerente ao fluxo de utilização.
 - Verifique se há medicamentos em falta, justificativa e previsão de reposição. (BRASIL, 2014, p. 129)

Neste sentido, “a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade” (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 143). Este controle social, para além da mera denominação atribuída à participação social sobre os atos da administração, corresponde a um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde na história de democratização das políticas de saúde, tanto pela denúncia das ausências e omissões dos serviços instalados quanto pela luta travada para se construir um espaço regular para se exercer o controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 366).

Para Raichelis (2006, p. 9), o controle social constitui elemento que tem objetivo conceder acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, tornando “viável a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados”.

Partindo desses conceitos e exemplos, observa-se que a prestação dos direitos sociais pode ser moldada ou influenciada por este controle social exercido pela sociedade, desde a participação prévia acerca das decisões administrativas, feita por meio de canais institucionais que conectem a sociedade à gestão governamental, quanto por meio de um controle tardio, que também servem para legitimar as decisões administrativas, ainda que em caráter relativamente posterior (PEREIRA, 2010, p. 208).

Assim, o controle social pode ser exercido sobre os direitos sociais previstos no artigo sexto, *caput*, da Constituição (BRASIL, 1988), que como no caso do direito à saúde, possuem também leis específicas que disciplinam este controle social, como as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Entretanto, antes de discorrer sobre o controle social no direito à saúde, é preciso ressaltar algumas características acerca desse direito.

3.1 DIREITO À SAÚDE: DIREITO SOCIAL E PRINCIPAIS ASPECTOS DOGMÁTICOS

Antes do final do século XIX, os brasileiros eram atendidos pelas instituições e médicos filantropos, e o Estado fazia, paralelamente, algumas ações de saúde de maneira paralela, como ações de vacinação e de saneamento básico diante de epidemias. No final do século XIX, com o saneamento do Rio de Janeiro, destacou-se a grande campanha de vacinação contra varíola (CARVALHO, 2013, p. 7). Desta maneira, até a promulgação dessa Constituição (BRASIL, 1988), é possível afirmar que a maioria da população não possuía acesso à saúde além das políticas de vacinação (BERTOLLI FILHO, 1998, p. 63).

Entre as décadas de 70 e 80, houve no Brasil movimentos sociais ligados ao direito sanitário que combateram a ditadura sob a bandeira “Democracia é saúde; Saúde é Democracia”, esboçando o projeto da Reforma Sanitária e desligando-se do movimento sanitarista e higienista que havia no século XX (PAIM, 2008, p. 259).

A aspiração a tais transformações dependia não só de uma reforma administrativa e financeira no campo da saúde, mas também de mudanças mais abrangentes. Assim, a VII Conferência Nacional de Saúde (1986) encaminhou um documento à Comissão Nacional de Reforma Sanitária, trazendo pontos que influenciaram na elaboração da Constituição de 1988 (BITTENCOURT, 2016, p. 106).

O direito à saúde é conceituado nos documentos internacionais relativos aos direitos humanos de maneira ampla, abrangendo desde a prestação de um direito subjetivo e individual à assistência médica até o reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento, consistente no direito a um nível de vida que mantenha a dignidade humana (DALLARI, 2003, p. 47). Ele está ligado ao mínimo existencial, ou seja: ao núcleo elementar da dignidade da pessoa humana. Além disso, está expresso no rol dos direitos sociais da Constituição (art. 6º). Diante das previsões constitucionais existentes, o direito à saúde pode ser considerado um direito fundamental social.

Além do aspecto individual no direito à saúde, que possibilita a sua exigência em face do Estado, destaca-se que hoje ele é forçado por disposição constitucional a proteger a saúde contra todos os perigos, de modo que a saúde pública ganha um caráter coletivo e é controlada pelo Estado por meio de leis (DALLARI, 2003, p. 47-48).

Para Alves (2013, p. 128), a classificação do direito à saúde como direito fundamental decorre da leitura do artigo sexto em conjunto com o artigo quinto da Constituição, reforçando a ideia de que não é possível proteger a vida humana sem que sejam assegurados os serviços de saúde, ou seja: o direito à saúde é indissociável do direito à vida.

Partindo desse ponto, os elementos que configuram a saúde como direito fundamental são, ainda, sua titularidade, seus destinatários, seu caráter subjetivo e também seu caráter objetivo (ALVES, 2013, p. 128-137), sendo necessário discutir brevemente estes elementos neste momento.

Primeiramente, sobre a titularidade do direito fundamental à saúde, a Constituição reconhece toda e qualquer pessoa como titular de direitos fundamentais, em conformidade com o princípio da dignidade da pessoa humana, da isonomia e da universalidade (SARLET, 2010, p. 210). Para Sarlet (2010, p. 225), o direito à saúde possui uma dupla dimensão individual e coletiva, o que leva a uma titularidade igualmente individual e transindividual, no que tange à

condição de sujeito de direitos subjetivos. No caso do direito à saúde, o princípio da universalidade considera a prerrogativa de tutela coletiva e individual em relação à saúde pública (ALVES, 2013, p. 129). Sarlet (2010, p. 209) afirma que a base antropológica dos direitos do homem concebe os estrangeiros não residentes como sendo titulares de direitos, por se tratar de uma interpretação extensiva dos direitos humanos. Entretanto, para este autor a universalidade pode ser alargada ou restringida a depender da postura do legislador constituinte.

Alves (2013, p. 129-130) afirma que o direito à saúde pode ser tido como difuso porque é um direito de todos e pode ser tutelado coletivamente, sem que isso atrapalhe a tutela individual desse direito. Nesse mesmo sentido:

A caracterização do direito à saúde como um direito coletivo, ou mesmo como um interesse difuso em certas hipóteses, não lhe serve para afastar a titularidade individual que apresenta, visto que, a despeito das questões ligadas à saúde pública e coletiva, jamais perderá o cunho individual que o liga à proteção da vida de cada um, da integridade física e corporal pessoal, assim como da dignidade da pessoa humana individualmente considerada em suas particularidades, até mesmo em termos de garantia das condições que constituam o mínimo existencial de cada pessoa. (FIGUEIREDO; SARLET, 2013, p. 3204)

Assim, há outras formas com as quais o direito à saúde pode ser visto como coletivo, como por exemplo no combate a endemias, situação que tem sido vivenciada desde o ano de 2020 com a propagação da Covid-19, que suscitou a promulgação de leis que disciplinassem medidas para seu enfrentamento. Exemplificativamente, cita-se a Lei Complementar Federal nº 173/2020, que estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19) (BRASIL, 2020), trazendo até mesmo alterações na Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), com a finalidade de tutelar a saúde pública coletiva.

Seguindo os elementos estabelecidos por Alves (2013, p. 128-137), deve-se falar sobre os destinatários do direito à saúde, o que diz respeito aos entes federados que estão vinculados ao cumprimento das demandas de saúde.

Nesse ponto, todos os entes são igualmente responsáveis judicialmente pela prestação dos serviços de saúde, e a divisão de competências existente possui caráter administrativo (ALVES, 2013, p. 131). Esta responsabilidade solidária, na verdade, impõe a organização do Sistema Único de Saúde para garantir o acesso universal e igualitário, além do atendimento integral em matéria de saúde (GEBRAN; DRESCH, 2015, p. 21).

Na sequência, é necessário verificar a dimensão subjetiva e objetiva do direito à saúde. O direito à saúde, sendo um direito fundamental, é considerado um direito subjetivo porque

assegura um direito individual que pode ser requerido de maneira também individual, impondo um dever estatal de garanti-lo. Note-se que o direito à saúde foi considerado subjetivo após o julgamento do Recurso Extraordinário nº 271.286-8/RS (BRASIL, 2000), que reconheceu o direito subjetivo do indivíduo que ajuizou a ação ao tratamento de saúde exigido em face do Estado. Além disso, o direito à saúde também é direito objetivo porque integra o ordenamento jurídico objetivo da coletividade (DA SILVA RAMOS, 2005, p. 148). Neste sentido:

O texto constitucional acentua o caráter indisponível da saúde como objeto de tutela constitucional, efetivada esta última em termos de direito subjetivo, individual e coletivo, e, numa dimensão objetiva, na condição da garantia institucional consubstanciada em si mesma no SUS, sem prejuízo de outros desdobramentos. Além disso, a relevância pública dos serviços e ações de saúde autoriza a interpretação extensiva que vem sendo adotada pela jurisprudência, no sentido da afirmação da legitimidade do Ministério Público para a intervenção na defesa do direito à saúde, inclusive quanto à propositura de medidas judiciais, na defesa de coletividade ou de um único indivíduo, perante o Poder Público ou os atores privados (...). (SARLET, 2010, p. 3229-3230)

Diante da indisponibilidade do direito à saúde, destaca-se a sua posição de objeto da tutela constitucional, que se realiza como direito subjetivo, tanto na esfera individual quanto coletiva. Além disso, destaca-se a posição do direito à saúde em sua dimensão objetiva, tendo em vista a característica institucional da sua prestação. Explica-se: o direito à saúde pode ser exigido tanto de maneira individual e relacionada ao sujeito – ou seja, subjetiva – quanto como uma prestação coletiva e geral – ou seja, objetiva.

O direito à saúde, além da dimensão subjetiva, também pode ser visto do ponto de vista objetivo, sobretudo porque os princípios atinentes aos direitos humanos fundamentais – da universalidade e acessibilidade, indivisibilidade e interdependência, dimensão individual e coletiva, progressividade e irreversibilidade, irrenunciabilidade, gratuidade e provisão de recursos jurídicos disponíveis – também devem ser aplicados em relação à saúde (ALVES, 2013, p. 137).

Para Alves (2013, p. 138), a efetividade do direito à saúde, que está atrelada à aplicação destes princípios, se verifica na criação legislativa, na execução ou aplicação da política pública desenhada na legislação e, caso estas sejam insuficientes, esta efetividade pode ser alcançada pelo meio judicial, o que é possível tendo em vista a possibilidade de que uma prestação de saúde seja demandada de maneira individual e subjetiva, perante o judiciário³.

³ Por opção metodológica, a análise realizada nesta pesquisa exclui a discussão sobre a discursividade que pode ser alcançada na esfera judicial (ALVES, 2013), voltando o olhar para as alterações que podem ser realizadas no

No caso do Brasil, destaca-se que o SUS possui legislações específicas destinadas a organizar seu funcionamento e suas diretrizes para que possa atender a todos de maneira universal e integral. Como dito anteriormente, sua estrutura está prevista principalmente na Constituição (BRASIL, 1988), na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a e na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b).

A relevância pública das ações e dos serviços de saúde, nos termos demonstrados acima, decorrem não só do caráter indisponível do direito fundamental, mas também dos valores que o direito à saúde busca garantir, tais como os direitos à vida, à dignidade, à integridade física e psíquica e, em um caráter coletivo, ao meio ambiente saudável e equilibrado, dentre outros (SARLET, 2013, p. 3230).

3.1.1 O direito à saúde

Na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), além de previsto expressamente como direito social, o direito à saúde está previsto no artigo 196 da Constituição como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Ainda, por determinação do artigo 198 da Constituição, as ações e serviços públicos de saúde deverão integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo em um sistema único (BRASIL, 1988).

Ademais, a promulgação das Leis nº 8.090/1990, que alterou a estrutura básica da Secretaria da Ciência e Tecnologia da Presidência da República (BRASIL, 1990a), e nº 8.142/1990, que dispôs acerca da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b) merecem ser destacadas porque representaram grandes avanços para as gestões dos entes federados em matéria de saúde.

Houve, neste momento, a preconização da descentralização da Saúde, reforçada pelo surgimento das Comissões Intergestores, dos fóruns de pactuação e geração de Normas Operacionais Básicas pelas três esferas do governo, bem como a criação e desenvolvimento dos Fundos de Saúde Nacional, Estaduais e também Municipais. Trata-se do reflexo de um processo contínuo que busca conformidade com os paradigmas estabelecidos pela Constituição e com os princípios da equidade, universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação social, previstos no artigo sétimo da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a).

SUS por meio do controle social exercido conforme mecanismos já estabelecidos em suas leis e aplicados pelo poder executivo.

Além disso, o artigo terceiro da Lei nº 8.090/1990 (BRASIL, 1990a), em conformidade com a visão e um direito à saúde individual e transindividual (SARLET, 2010), ampliou o conceito de saúde para que fossem construídas políticas também intersetoriais, incluindo no conceito da saúde aspectos como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O próprio artigo 198 da Constituição, em seu *caput*, determina que as ações e serviços públicos concernentes ao direito à saúde no que tange ao Sistema Único de Saúde, deverão observar diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera do governo, do atendimento integral, de modo a priorizar as atividades de caráter preventivo, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nos anos que sucederam à promulgação da Constituição, o direito à saúde era considerado uma “norma programática”, sobre a qual não sobrevinha a necessidade de eficácia imediata, sendo na verdade uma norma destinada a orientar o Estado para a finalidade social objetivada por ele (CRUZ, 2012, p. 119).

O julgamento do Recurso Extraordinário nº 271.286-8/RS, que tinha como partes o Município de Porto Alegre e Diná Rosa Vieira, foi muito importante para a mudança deste cenário. Trata-se de demanda individual formulada para solicitar o imediato e gratuito de fármaco de combate ao vírus HIV. Com relatoria do ministro Celso de Mello, o julgado teve a seguinte ementa:

E M E N T A: PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. **O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.** - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento

inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF. (BRASIL, 2000, grifou-se)

Tal julgado estabelece no ordenamento nacional que o direito à saúde não está à mercê de alegações referentes à divisão do Estado em entes federados. Assim, é afirmada a solidariedade na prestação do direito à saúde, porque dele se extrai que todos os entes do poder público podem ser demandados pelo cidadão na busca da satisfação de suas demandas de saúde, a serem efetivamente cumpridas pelo Estado (ALVES, 2013, p. 131).

Assim, para Dallari (2003, p. 48), o direito da saúde pública também é parte do direito administrativo porque advém de prestações estatais orientadas pela própria sociedade através do aparelho legislativo do Estado, embora se reconheça que esta não é sua única feição e que ele pertence também a outros campos, como o direito constitucional. Entretanto, tal conceito deixa de ser suficiente porque a sua aplicação pode se dar não só pela prestação de um serviço público, mas também por um poder de polícia da administração. Portanto, passa-se do direito à saúde ao conceito de direito sanitário, pois este último:

(...) se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. Tem, também, abarcado a sistematização da preocupação ética voltada para os temas que interessam à saúde e, especialmente, o direito internacional sanitário, que sistematiza o estudo da atuação de organismos internacionais que são fonte de normas sanitárias e dos diversos órgãos supra-nacionais destinados à implementação dos direitos humanos. (DALLARI, 2003, p. 48)

Diante disso, é necessário pontuar que este estudo se pauta na saúde pública, uma vez que pretende discutir a opacidade (CÁRCOVA 1998), encontrada na participação popular exercida no SUS diante das normas existentes. Esta barreira “opaca” que existe entre o Direito e os seus destinatários faz com que eles não consigam retirar do Direito os benefícios propostos em sua construção porque não conseguem absorver e compreender o conteúdo e os instrumentos postos no direito. Isso ocorre quando a participação popular e o controle social no SUS não produzem resultados concretos.

Foi visto, anteriormente, que o legislador se preocupou com esses problemas porque colocou a participação popular como uma diretriz do SUS (BRASIL, 1990a) e editou uma lei específica para falar sobre o controle social no SUS (BRASIL, 1990b). Entretanto, há pontos que precisam ser previamente discutidos para falar sobre a participação popular no SUS, tais como o problema da desigualdade na participação.

3.2 IGUALDADE MATERIAL E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

A participação da sociedade no âmbito da saúde no Brasil, segundo Paim (2008, p. 248-249), foi ampliada no governo Lula, mas ainda encontrou diversos problemas como a falta de capacitação dos conselheiros, a burocratização, o corporativismo e também a redução da autonomia dos Conselhos de Saúde em razão da interferência política nesses órgãos. Diante desse cenário, mesmo que se reconheçam as conquistas alcançadas nesse período, é apontado um problema de participação advinda do fato de que grande parte dos agentes dos Conselhos destinam sua atuação ao cumprimento de tarefas partidárias ou corporativas, interferindo na efetivação da participação social do SUS.

Desta maneira, é necessário que se busque uma Administração Pública que se adeque quanto à burocracia tradicional, afastando-se dela para inserir os demais agentes na participação popular, uma vez que a “reprodução de um modelo burocrático que não planeja articuladamente, não respeita diretrizes constitucionais está desconectado da racionalidade constitucional que adotou o Estado, democrático e republicano, brasileiro” (CASIMIRO; MORAES, 2017, p. 453). Além disso, é necessário que se ressaltem as complexidades que tornam a prática deliberativa, no âmbito sanitário, mais difíceis, tais como as desigualdades sociais, a dificuldade do acesso à informação, a cultura patrimonialista verificada no cerne brasileiro e até mesmo a falta de interesse por questões coletivas, potencializada ainda mais tendo em vista a influência dos interesses privados sobre as ações estatais (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

A participação social constitui “peça fundamental no aperfeiçoamento da democracia deliberativa” (BONAT; PEIXOTO, 2016, p. 139). No âmbito do Sistema Único de Saúde, a comunidade é a maior conhecedora, inequivocamente, de sua realidade. Assim, observe-se que referida participação ocorre através de canais institucionalizados por leis ou normas do Sistema Único de Saúde, como as Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde. Entretanto, se o SUS não tem sido capaz de compreender e se adequar às necessidades da população, apresentando problemas de acesso e resolutividade, a hipótese de que os meios de participação não têm cumprido seu propósito legal e inicialmente constituído se reforça.

Nesta linha, visualiza-se uma necessidade de que as medidas de democratização na saúde se afastem da réplica das problemáticas que atingem a política convencional, como o que ocorre quando os espaços destinados à participação social são tomados por indivíduos com interesses majoritariamente partidários, prejudicando o princípio da igualdade. Este princípio:

(i) integra a ordem pública; (ii) por isso, opera como limite ao princípio da autonomia privada; (iii) como limite ou restrição, materializa-se por meio da interpretação ou da concretização judicial da cláusula geral da ordem pública (trata-se, portanto, de eficácia mediata); (iv) opera eficácia como proibição de discriminação (dimensão negativa do princípio da igualdade); e (v) opera eficácia em diferentes graus, segundo a natureza do negócio jurídico e dos direitos em jogo e as circunstâncias do caso concreto. (STEINMETZ, 2004, p. 250)

Nesse sentido, a partir da verificação de condições de igualdade entre os agentes participativos na formulação de políticas públicas, as decisões tomadas pelos particulares e também pelo poder público podem alcançar maior grau de justiça, por meio de um debate que não se orientou pela força que cada agente possui, e sim pela busca por um fim comum, qual seja: a concretização do direito à saúde.

No caso desse trabalho, a ideia é a de que as formulações das políticas públicas de saúde precisam passar pela consideração das falas e anseios dos usuários do Sistema de Saúde brasileiro, incentivando que esses cidadãos participem de maneira ativa e consciente dessa tomada de decisões, obedecendo à diretriz de participação social no SUS (BRASIL, 1990a) e também fazendo uso dos mecanismos de controle social previstos no SUS (BRASIL, 1990b).

Para se lograr uma verdadeira igualdade de oportunidades, Larenz (1991) discorre sobre a importância de aplicação do princípio da proporcionalidade, que corresponde à possibilidade de uma participação que seja capaz de ouvir a todos os envolvidos, ainda que sejam minoritários em termos numéricos. Este princípio deve ser aplicado para que todos os indivíduos tenham o direito à participação. Não se trata de uma proporcionalidade no sentido de proporcionar maior

participação aos grupos com maior número de indivíduos, tornando os grupos minoritários excluídos da participação popular no SUS, mas sim tornar possível que estas demandas também sejam consideradas, assim como as demandas das maiorias.

Em segundo lugar, Larenz (1991) também aponta para o princípio da nivelção social, que traz a ideia de que os indivíduos ocupem níveis semelhantes para a realização dos debates, devendo ser aplicado para que todos os indivíduos tenham o direito à participação. Não se trata de uma nivelção social utópica e ampla, pois não é necessário aguardar que os indivíduos participantes e em exercício do controle social atinjam determinada posição social – seja ela acadêmica, financeira ou de qualquer outro tipo – para que possam participar das políticas públicas de saúde, mas devem ser construídos mecanismos que sejam capazes de captar as demandas das minorias. Os mecanismos devem ser nivelados, e não propriamente a população.

Assim, o objetivo é de que essa participação seja estruturada de modo a permitir que todos os grupos possam ser ouvidos e ter a sua demanda reconhecida pela gestão do SUS, e por fim consideradas na formulação das estratégias de execução das ações deste Sistema. Embora proposições aprofundadas demandem avaliações concretas para que suas implementações sejam exitosa, é possível tomar por exemplo a realização de avaliações objetivas que permitam traçar um panorama sobre a realidade da saúde.

Exemplificativamente, é possível propor que seja realizada uma pesquisa com os agentes comunitários de saúde, que produza indicadores aptos a colher informações sobre o conhecimento e a participação da população nos Conselhos de Saúde. Em outro cenário hipotético, pode-se pensar no desenvolvimento de uma pesquisa que seja realizada com indivíduos que frequentem Unidades Básicas de Saúde para avaliar a qualidade do atendimento médico, o fornecimento gratuito de medicamentos nesta unidade ou até mesmo colher dados relacionados à acessibilidade das Unidades de Saúde.

Para além da ideia de um direito à saúde concretizado por meio de concessão de medicamentos e de tratamentos realizados em Unidades de Saúde, ou por meio de agentes de saúde – valendo-se do conceito amplo de saúde estabelecido pela OMS e repisado na 8ª Conferência de Saúde, pelo discurso de Arouca (2013) trabalhado no capítulo anterior –, é possível que tais pesquisas sejam delineadas de modo a traçar causa e efeito de determinados problemas de saúde, permitindo uma avaliação ampla do cenário de saúde pública. Por exemplo, se questionado sobre a falta da prática de exercícios físicos, o que prejudica seu quadro de saúde, determinado indivíduo pode ceder ao poder público informações sobre questões de segurança pública de sua vizinhança, ou informações sobre o estado de conservação

de suas ruas ou da iluminação pública, caso isso seja um empecilho para que ele realize atividades físicas, como caminhadas, em sua vizinhança.

Seguindo esse raciocínio, a igualdade material aqui almejada só pode ser alcançada se forem criados mecanismos que – mais do que apenas permitirem a participação – incentivem a participação popular, e possuam uma linguagem adequada ao interlocutor, sendo também formulados de acordo com a realidade deste interlocutor.

Um exemplo que parece não corresponder a ideia de inclusão pode ser percebido pelas consultas públicas sobre matérias de saúde pública, no sítio eletrônico do Governo Federal⁴. Aqui, observa-se que o espaço foi criado e desenhado para pessoas que possuem (a) acesso à internet; (b) conhecimento acerca da possibilidade de participação em determinada; e (c) vontade de participar e se manifestar sobre determinado assunto. E não há ampla divulgação sobre essa possibilidade para o público em geral.

Nesse exemplo, entende-se que é um equívoco crer que a igualdade material é ferida apenas quanto àqueles que não possuem acesso à internet. O conhecimento acerca da possibilidade de participação é igualmente importante, porque sem eles as manifestações colhidas continuarão a representar uma pequena porção dos usuários do SUS, no caso dessa pesquisa. O mesmo ocorre com a vontade de participar: se essa não existe, e a pessoa for afetada pela decisão que advir daquela consulta pública em específico, pode-se considerar que a política pública de saúde desenhada a partir da consulta poderia ter sido mais adequada do que realmente foi.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a comunidade é a maior conhecedora de sua realidade. Assim, o planejamento da área da saúde deve ser constantemente monitorado e avaliado, proporcionando-se o acompanhamento da execução das ações aos profissionais, ao gestor público e à comunidade, servindo a realidade para fundamentação das decisões a serem tomadas. A participação da comunidade, assim, deve ser respeitada e incentivada para que se alcancem os efeitos de concretização desse direito e adequação das políticas públicas à realidade.

Os problemas de participação que podem existir exigem que os mecanismos de controle social no SUS busquem se conectar à realidade social e observar as diretrizes constitucionais do SUS. Para Casimiro e Moraes (2017, p. 453), a “reprodução de um modelo burocrático que não planeja articuladamente, não respeita diretrizes constitucionais está desconectado da racionalidade constitucional que adotou o Estado, democrático e republicano, brasileiro”.

⁴ Trata-se do já apontado endereço eletrônico <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas>, acessado em 20 de janeiro de 2022.

Portanto, observa-se a relevância da administração pública para a efetivação otimizada do direito social à saúde, em conformidade com a diretriz de participação popular inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que esta participação ocorra, entretanto, é necessário buscar a igualdade material entre os participantes. Esta igualdade material se manifestaria da seguinte forma: as opiniões proferidas seriam igualmente consideradas e respeitadas (CHUEIRI; GODOY, 2010, p. 168), embora as consequências e reflexos da manifestação desta opinião possam ser diferentes para a construção de determinado direito. Ouvir o indivíduo não significa acatar todos os seus ideais e sugestões para a construção do direito, mas significa abrir um debate capaz de construir ideias que refletirão de maneira positiva na sociedade, e se necessário incorporadas às normas jurídicas. Assim, a própria pluralidade de indivíduos alcança “no discurso e no procedimento instrumentos aptos à promoção da igualdade e da liberdade real” (ALVES, 2013, p. 46), uma vez que a adequação destes instrumentos à realidade social pode trabalhar a favor da igualdade de oportunidade de modo que a esfera pública de decisão seja devidamente ocupada pelos demais agentes que a devem integrar.

Sobre este ponto, esclarece-se ainda que o discurso não é um fim em si mesmo. O objetivo, na verdade, é que por meio dele seja possível a inclusão adequada dos indivíduos, que só pode ser alcançada se concretizada a igualdade material. Isso tudo é importante para o direito à saúde porque ele tende a ser aperfeiçoado por meio da participação popular.

Nesse mesmo sentido, o controle social é essencial para as políticas públicas de saúde e está refletido no princípio da participação popular no SUS e nas diretrizes perpetradas por meio das Leis de Saúde (BRASIL, 1990a e 1990b), com os mecanismos de participação nelas presentes.

Isso porque o controle social “envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade” (CORREIA, 2000, p. 53).

Para que essa interferência na gestão pública seja realizada e para que o Estado aja no sentido das demandas existentes em saúde, é indispensável que o controle social abarque a participação popular. Diante disso, a possibilidade de que a sociedade civil venha a participar na política de saúde foi concebida como um meio de controle social, ou seja, “como intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público” (CORREIA, 2000, p. 55).

Para se realizar o controle social na seara da saúde, é preciso compreender a importância da discursividade, que vai permitir que o indivíduo se manifeste e realize o controle social que

lhe é atribuído. Esta discursividade é um instrumento imprescindível à efetividade dos direitos fundamentais porque a participação, por meio do discurso, é usada para alcançar valores compartilhados socialmente, nos quais se inclui o direito à saúde.

O direito, enquanto artifício de múltiplas e diversas ferramentas, ganha sentido em sua aplicabilidade efetiva no contexto civilizatório, consideradas as responsabilidades atribuídas aos indivíduos e a busca pela emancipação humana, no exercício de uma liberdade responsável que considere as peculiaridades da vida em sociedade. Assim sendo, a evolução do direito demonstra que ele não representa apenas um interesse estatal, ou unicamente voltado à coletividade, abarcando também a esfera subjetiva de cada indivíduo, a ser preservada em sua dignidade e enquanto direito fundamental.

A liberdade de ação de cada sujeito é muito importante para o direito moderno, porque os direitos individuais estabelecem os limites nos quais o indivíduo se justifica a empregar sua vontade (HABERMAS, 1997, p. 113). Este emprego da vontade no exercício dos direitos merece especial atenção, tendo em vista que o direito está em constante mudança para melhor atender aos objetivos e anseios da sociedade em que é aplicado.

Neste sentido, o direito à voz é um expoente da democracia, apto a possibilitar que o indivíduo seja um agente influente na própria definição de seus direitos, capaz de reivindicá-los e exigi-los de seus governantes. Daí a conexão entre o emprego da liberdade de ação subjetiva e a própria construção – ou modificação – do direito, tendo em vista a incorporação das ideias na própria linguagem do direito. Trata-se de uma evolução analítica da linguagem, a partir da qual as ideias passam a se incorporar a ela (HABERMAS, 1997, p. 55-56). Refletir sobre essa capacidade de construção do direito permite refletir acerca do papel do controle social nestas alterações, uma vez que o exercício da participação popular e do controle social são capazes de propor alterações na gestão do direito à saúde e na forma com que ele é entregue aos destinatários. Sendo ainda a saúde um conceito amplo, a participação e o controle social podem identificar problemas e apontar soluções para diversas esferas, como nos exemplos pontuados.

Desta maneira, o discurso, enquanto manifesto íntimo das vontades subjetivas de determinado indivíduo, ocorre por meio de uma linguagem que pressupõe um ideal de universalidade entre os atores, e a compreensão entre eles. Ou seja: a igualdade material entre os agentes se faz necessária para que essa ideia de “universalidade” seja real.

Assim, o discurso passa a compor um mecanismo essencial à democracia, tendo em vista que possui o condão de promover a igualdade e a liberdade dos indivíduos na manifestação de suas opiniões, capazes de provocar reflexões e mudanças no plano concreto. Explica-se: o

discurso, enquanto princípio, se torna princípio democrático quando a legislação se funda no direito universal à liberdade em caráter de igualdade, tendo em vista a existência de direitos comunicativos e participativos que assegurem oportunidades iguais para exercício das liberdades comunicativas, manifestas por meio da linguagem. Para Habermas (1995, p. 46), a teoria do discurso atribui uma centralização ao processo político de formação da opinião e da vontade comum, sem pôr em segundo lugar a estruturação estatal. Assim, a teoria do discurso compreende os direitos fundamentais e os princípios como do Estado de Direito como uma resposta à questão de como institucionalizar os pressupostos comunicativos do processo democrático.

A mudança dos costumes e vontades populares, todavia, evolui de maneira diferente em relação ao direito em si. Enquanto os hábitos subjetivos sofrem a ação de inúmeros fatores externos capazes de modificá-los, como o contexto histórico, a política governamental e a realidade social de um país, o direito depende muitas vezes de um reconhecimento legal que lhe atribua validade. De qualquer forma, a existência da norma não é suficiente sozinha, devendo haver efeitos no plano concreto, sob pena de que o direito positivado seja opaco por não atingir a sua finalidade na sociedade (CÁRCOVA, 1998).

Neste sentido, a falta de concretização da norma na sociedade constitui um problema quanto à própria eficácia social da norma, uma vez que, embora esta se encontre formalmente válida e vigente, não produz efeitos: ou seja, sua eficácia não é completada no plano concreto. É o que ocorre, por exemplo, diante da verificação da deficiência no controle social da saúde. A validade desta norma pode se condicionar à submissão das normas ao crivo dos valores sociais, e se verifica “pelo grau em que consegue se impor, ou seja, pela sua possível aceitação fática no círculo dos membros do direito” (HABERMAS, 1997, p. 50).

Portanto, o controle social exercido no SUS com base em um cenário de indivíduos que logram uma igualdade material para se manifestar se torna peça chave para que o direito à saúde venha a atender às demandas de cada grupo que faz uso deste sistema de saúde, a partir de uma institucionalização dessa participação que é essencial para o processo democrático.

3.3 NORMAS SANITÁRIAS SOBRE CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Bitencourt e Pase (2015, p. 308) afirmam que uma gestão pública democrática e comunicativa obter uma adesão social legítima, que se adquire por meio de ações comunicativas permanentes. Essas ações podem inclusive advir de conflitos, tendo em vista a possibilidade de que estejam em pauta interesses ocasionalmente opostos. Para estas autoras, “as ações

administrativas devem ser suscetíveis de fundamentação e crítica constantes, o que retroalimenta o controle e a depuração social” (BITENCOURT; PASE, 2015, p. 308).

O controle social no SUS está previsto de maneira expressa em duas legislações já mencionadas anteriormente: a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b).

No caso da Lei nº 8.080/1990, a diretriz de participação da comunidade consta do artigo sétimo, inciso VIII, e possui força de princípio (BRASIL, 1990a). Trata-se de disposição que almeja a democratização do acesso à saúde (PAIM, 2015, p. 34), que se alia ao princípio da dignidade da pessoa humana para impedir a ocorrência de autoritarismos na gestão da saúde, abrindo espaço na esfera pública na tomada de decisão – que “pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e *opiniões*” (HABERMAS, 1997, p. 92) – e abarcando a comunidade.

Acerca desta primeira Lei, é interessante destacar que alguns dispositivos foram vetados de seu texto original, pelo então presidente, Fernando Collor. Dentre estes, foram vetados os artigos 11, com seus parágrafos, e o artigo 42. Tais dispositivos diziam respeito justamente à instituição das instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, estabelecendo diretrizes quando ao período de reunião de cada uma delas e da possibilidade de autonomia das conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, aos quais foi outorgada, por meio do vetado artigo 11, § 4º, a sua organização e normas de funcionamento definidas em lei específica.

Além de suscitadas questões de competência quanto à criação, como órgãos da Administração Pública, no Sistema Único de Saúde, da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde – afrontando, portanto, o artigo 61, § 1º, inciso II, alínea "e", da Constituição, segundo o qual são de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que disponham sobre a “criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da Administração Pública” (BRASIL, 1988), o veto justificou-se pois “(...) de acordo com a Lei nº 8.028, de 12 de abril de 1990, já compõe a estrutura básica do Ministério da Saúde o Conselho Nacional de Saúde, ao qual foram conferidas atribuições coincidentes com as dos órgãos criados pelo art. 11 (...)” (BRASIL, 1990c).

O veto como um todo abrangeu questões relacionadas ao financiamento, ao controle social e à participação do SUS no controle de escolas de formação de recursos humanos para a saúde, dentre outros pontos (BARBOSA, 2014, p. 13). Tais questões, porém, foram parcialmente sanadas pela promulgação da Lei nº 8.142/1990, que tratou especificamente acerca do controle social no SUS.

A Lei nº 8.142/1990 prevê em seu artigo 1º a realização de conferências de saúde 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 bem como a existência do Conselho de Saúde, órgão permanente e deliberativo para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde (BRASIL, 1990a).

Seguindo uma lógica cronológica, destaca-se que após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996, que começou a vigorar apenas em 1998 e trazia à tona discussões sobre a gestão plena da atenção básica e do sistema municipal de saúde. Nesta norma, portanto, é salientada a municipalização dos serviços, de modo que os procedimentos repassados do estado para a gestão do município implicam, também, em repasses financeiros aptos a sustentar o sistema (GONDIM *et al*, 2008, p. 7). Reorganiza-se, assim, o modelo de atenção, para instituir vínculos entre os serviços prestados e os administrados, por meio dos sistemas de saúde do município e de suas redes de serviço, com o intuito de ampliar o acesso aos serviços com maior qualidade e menor custo.

A Norma Operacional de Assistência (NOAS), em 2002, por sua vez versa sobre a regionalização da assistência em si, reestruturando e desenvolvendo soluções adequadas às características regionais de determinado local, sem deixar de observar os critérios de hierarquização administrativa. Ainda, a partir das reflexões alcançada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, houve a elaboração do Plano Nacional de Saúde, no ano de 2003, com bases no Pacto pela Saúde no Brasil (BARBOSA, 2014, p. 13).

Deste modo, percebe-se de imediato a relevância das Conferências Nacionais de Saúde para a elaboração do normativo do Sistema Único de Saúde. Tais Conferências são intrinsecamente ligadas à participação popular no SUS, como se verá adiante. Isto porque, tendo em vista o caminho normativo trilhado pelo ordenamento brasileiro, conforme acima disposto, destacam-se as previsões da Lei nº 8.142/1990, que disciplina dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Sobre as Conferências de Saúde, tem-se que se reúnem a cada quatro anos. Contando com a representação dos vários segmentos sociais, estas Conferências têm por objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, 1990b).

Exemplificativamente, a 16ª Conferência de Saúde foi regulamentada pela Resolução CNS nº 594/2018, e se realizou em três etapas no ano de 2019 (BRASIL, 2018). Acerca dos participantes, esta resolução assim determinou:

Art. 29 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) terá um público variável, conforme os seus distintos momentos estratégicos, contando com 3.448 (três mil quatrocentos e quarenta e oito) Delegadas/os, 1.036 (mil e trinta e seis) Convidadas/os e 104 (cento e quatro) participantes por credenciamento livre, nos termos deste Regimento. Redação dada pela Resolução CNS nº 602, de 8 de novembro de 2018.

§1º A definição dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) nas etapas municipais e estaduais, buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

I – Gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

II – Étnico-raciais, de modo a garantir representatividade aos diversos grupos que compõe as populações negra e indígena, e as comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

III – Representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;

IV – Geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados;

V – Pessoas com deficiência e com necessidades especiais, patologias e doenças raras ou negligenciadas;

§2º A composição do conjunto total de Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) buscará promover o mínimo de 50% de mulheres no conjunto total de cada delegação.

§3º Nos termos do §4º, do Art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução nº 453/2012 do CNS, a representação das Usuárias e dos Usuários nas etapas Estadual e do Distrito Federal e Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) será paritária em relação ao conjunto dos representantes do 20 governo, prestadores de serviços e trabalhadoras e trabalhadores da saúde, sendo assim configurada a participação:

I – 50% dos participantes serão representantes dos Usuários, e de suas entidades e movimentos;

II – 25% dos participantes serão representantes dos Trabalhadores da Saúde;
e

III – 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde.

§4º O número de Convidadas e Convidados previsto no caput deste Artigo equivale a 30% (trinta por cento) do número total de delegados, ajustado para múltiplo de quatro, e o número de participantes por credenciamento livre equivale a 10% (dez por cento) do número de Convidadas e Convidados, ajustado para múltiplo de quatro. Redação dada pela Resolução CNS nº 602, de 8 de novembro de 2018. (BRASIL, 2018)

Considerando os possíveis participantes da Conferência realizada, observa-se uma preocupação com a paridade em sua composição, estabelecendo-se critérios de equidade destinados a representar grupos de diversos gêneros e identidades de gênero, bem como observar a diversidade sexual, étnico-racial, as diferenças entre as classes trabalhadoras e urbanas, além de pessoas com deficiência ou necessidades especiais, dentre outros grupos. A próxima Conferência de Saúde a ser realizada foi regulamentada pela Resolução nº 664/2021 e ocorrerá entre os anos de 2022 e 2023 (BRASIL, 2021), também nas etapas municipais, estaduais e federal.

Sobre os Conselhos de Saúde, têm-se que possuem caráter permanente e deliberativo, e constituem um órgão colegiado a ser constituído por “representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários”, para formular estratégias e atuar “no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990b).

Outro ponto importante é a composição legalmente estipulada para os Conselhos de Saúde prevê a representação de entidades de profissionais de saúde, do governo, dos Conselhos dos secretários de saúde e das secretarias municipais de saúde, de entidades de prestadores de serviços de saúde e de entidades empresariais com atividades na área de saúde (BRASIL, 2006).

Por meio das Conferências de Saúde são propostas diretrizes. Entretanto, é nos Conselhos de Saúde que se formulam as estratégias e é controlada a execução da política de saúde. No caso dos Conselhos de Saúde, tomando por base o regulamento da 16ª Conferência de Saúde (BRASIL, 2018), percebe-se uma reduzida representatividade dos usuários em relação às Conferências de Saúde.

Além desses mecanismos, o próprio Ministério da Saúde realiza consultas públicas para promover o diálogo entre a população e a administração⁵. Nos termos expressos pelo próprio sítio eletrônico em que tais consultas são realizadas, trata-se de um mecanismo de participação social em caráter consultivo, sendo realizado com prazo definido e aberto a qualquer interessado para receber contribuições sobre determinado assunto.

Além da forma institucionalizada, existe a forma não institucionalizada de participação, “que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais

⁵Trata-se do já apontado endereço eletrônico <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas>, acessado em 20 de janeiro de 2022.

individuais/assistenciais (exemplo: uma consulta) até as mais coletivas/educativas (exemplo: grupo educativo)” (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 142).

Nos termos expostos acima, vislumbram-se mecanismos de participação popular no SUS que, à primeira vista, parecem bem estruturados, possibilitando imaginar que são verdadeiramente eficientes. Entretanto, ficou também claro que a desigualdade material afeta a eficiência desses mecanismos de participação, e acaba por dificultar o controle social sobre o direito – fundamental e social – à saúde.

Assim, uma democracia efetivamente participativa é importante para que esse controle social do SUS possa ser realizado de maneira adequada. Diante disso, faz-se necessária uma discussão acerca da relação entre a democracia na participação popular no SUS.

4 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO NO SUS: ANÁLISE DE PESQUISAS NOS CONSELHOS DE SAÚDE DE QUATRO LOCALIDADES

A diretriz da participação popular possui a força de produzir efeitos na atuação administrativa, consoante às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca pelo controle sobre a administração para garantir o acesso com qualidade a este Sistema. Ele, por sua vez, necessita de elementos transformadores na formulação de políticas públicas para que estas alcancem a população, provendo o acesso com qualidade para atender a universalidade e integralidade, que são princípios do SUS. Para Labra e Figueiredo (2002, p. 542), “o exercício do controle social sobre a gestão da *res publica* na saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os CS [Conselho de Saúde]”. Assim sendo, em um cenário ideal, a Administração Pública na área da saúde busca a melhor consecução de seus objetivos, observadas as diretrizes e orientações das legislações de saúde, a saber: Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b).

Diante da complexidade dos objetivos constitucionais acerca da saúde, especialmente dos princípios de integralidade e universalidade, é necessário o estabelecimento de “um comportamento estatal que possa definir agendas políticas para dar respostas às demandas sociais comprometidas firmemente com o desenvolvimento humano” (CASIMIRO; MORAES, 2017, p. 456). A atuação pública democrática, na busca pelo acesso aos direitos fundamentais, tem como meta a eficiência na realização de ações político-administrativas comprometidas com os valores jurídicos preconizados no texto constitucional, de modo que o planejamento administrativo e sua execução “são obrigações a serem concretizadas pelos poderes públicos, construindo bases firmes para uma estrutura que poderá manter a estabilidade socioeconômica desejada em um processo constante e progressivo de desenvolvimento” (CASIMIRO; MORAES, 2017, p. 456). Em termos de saúde essas colocações podem ser consideradas como um desiderato, pois, na prática, as notícias sobre judicializações demonstram que ainda há muito o que melhorar no sistema de gestão pública sanitária.

Neste ínterim, observe-se a relevância de um espaço democrático representativo e acessível, ressaltando-se que o eficiente exercício da cidadania não consiste apenas no exercício do poder de voto, e tampouco pela mera existência dos espaços de participação. Ao revés, ressalta-se a necessidade de que a Administração Pública – e não apenas no que tange ao direito à saúde, consoante recorte abordado neste estudo – seja tida como espaço para a livre e equânime participação social, de modo que a administração e gestão dos interesses coletivos

sejam tuteladas adequadamente pelo controle social (BITENCOURT; PASE, 2015). Isto porque, no campo democrático, observe-se que os Estados com esta característica:

(...) pressupõem em seus mecanismos de administração e exercício do poder político que sejam atendidos precipuamente os ideais que uma democracia requer, para que tenham legitimidade em suas decisões políticas, vez que vinculam toda a comunidade que transferiu a sua soberania, seja na forma representativa ou não. (BITENCOURT; PASE, 2015, p. 301)

Do exposto até o presente momento, é possível perceber que grandes foram os avanços brasileiros para a inclusão do direito à saúde como fundamental, garantido a todos e dever do Estado, o que significa que o indivíduo pode demandá-lo do Estado caso a prestação não seja adequada. Percebe-se também que a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação de políticas públicas, consideradas suas diretrizes legais, tende a contribuir para uma gestão cada vez mais adequada às necessidades de seus usuários, desenhadas para abranger as diversas realidades de um país de território continental, como o Brasil, em uma tomada de decisões descentralizada em relação aos Municípios, Estados e a União. Todavia, em que pese aos avanços percebidos, “muitos dos usuários do SUS convivem com problemas de acesso, resolutividade e qualidade no atendimento” (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2456).

Pressupõe-se uma dificuldade na consecução da participação dos usuários na formulação de políticas públicas no SUS, ainda que haja mecanismos instituídos e legais que garantem esta finalidade, como o caso dos Conselhos de Saúde, que são órgãos deliberativos permanentes sobre os quais o acesso deveria ser amplo.

A não concretização da participação popular pode ser compreendida pelas nuances da opacidade do direito, conceito trabalhado por Cárcova (1998). A opacidade corresponde ao fenômeno de uma barreira verificada entre o Direito e os seus destinatários. Tal barreira cria um hiato entre o Direito à participação popular e ao controle social no SUS, e os seus destinatários, pois os usuários do sistema não conseguem absorver e compreender o conteúdo e os instrumentos postos no direito acerca do direito à saúde, e por isso não conseguem retirar do Direito os benefícios propostos.

Diante disso, este último capítulo apresentará indicadores extraídos da obra de Nino (1997) para averiguar os possíveis problemas que levam a esta falha na concretização da participação popular e no controle social na saúde por meio de pesquisas selecionadas.

As pesquisas utilizadas foram selecionadas por meio de pesquisas que tinham como elemento de busca as expressões “controle social no sus” e “participação social no sus”. Elas

remetem a localidades que representam entes federados diversos, com características geográficas discrepantes. As análises serão qualitativas e apenas utilizadas para referendar ou rechaçar a hipótese de insuficiência dos instrumentos de participação popular e controle social no SUS.

4.1 INDICADORES AVALIADOS PARA VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE PESQUISA

Para Nino (1997, p. 298), a constituição ideal do poder está baseada sobre uma justificação da democracia que se apoia sobre a transformação dos interesses das pessoas através do processo de discussão participativa. Nino (1997) também compreende este panorama de não-compreensão do direito pois relaciona, dentre os entraves à democracia, o problema da apatia política (NINO, 1997, p. 214) e o empobrecimento do público (NINO, 1997, p. 222), que são fatores associados à desigualdade social e ao desconhecimento da população acerca dos meios de participação e controle social pois estão interligados e podem ser considerados como consequência um do outro. Explica-se: um povo que não compreende adequadamente as normas torna-se apático, ou é apático porque não as compreende – ainda que parcialmente. Aqui, esta compreensão não é apenas saber se a norma existe ou não, mas compreender também a sua importância para a tomada de decisões públicas, ou seja: reconhecer que participar e exercer o controle social é algo importante para atingir melhores resultados na formulação de políticas públicas em saúde. Além disso, a deficiência na representação da população é tratada de maneira expressa por Nino e Cárcova, ainda que diretamente em Nino (1997, p. 235), tornando-se também um indicador para verificar os problemas da participação popular e do controle social no SUS.

Conforme conceitos de Carlos Santiago Nino (1997) na obra “La constitución de la democracia deliberativa”, alguns indicadores foram extraídos para verificar os entraves significativos para o incremento da participação popular e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Estes indicadores, para Nino (1997), são problemas que atingem os resultados do processo democrático, e por isso foram escolhidos para esta pesquisa.

O primeiro indicador avaliado é a apatia política, que se manifesta como uma crise da democracia (NINO, 1997, p. 214). A apatia política será identificada por meio de elementos que indiquem o desinteresse da população para com as deliberações dos conselhos de saúde avaliados nos estudos selecionados, que se relaciona com a hipótese de pesquisa. Almeja-se

verificar se a deficiência na participação se deve à ausência de conhecimento sobre os mecanismos ou pelo desinteresse da população (apatia política).

O segundo indicador avaliado é a pobreza do debate público (NINO, 1997, p. 222). A pobreza do debate será identificada pelo descumprimento dos critérios de representatividade nos meios de deliberação do SUS como fator essencial para que o debate seja considerado adequado, tendo em vista que a Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) prevê que a representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. O debate também será considerado empobrecido quando houver indícios de que as decisões não são tomadas no espaço de deliberação adequado, advindos do poder executivo para mera chancela pelo Conselho, pois isso indica que a representatividade, ainda que numericamente correta, não é real. A escolha deste indicador se justifica para verificar o cumprimento da Lei Federal, pelo raciocínio de que o debate público deve ser paritário entre os usuários e os representantes dos demais segmentos, e também pela hipótese de pesquisa de que existe uma participação popular fictícia, pois a qualidade da representatividade deixa apartada minorias significativas.

O terceiro indicador avaliado é a imperfeição da mediação representativa (NINO, 1997, p. 235). Ele será identificado pela compatibilidade dos perfis dos representantes para com o perfil da população, justificado pelo raciocínio de que a representatividade no conselho de saúde importa para que as demandas sejam deliberadas de acordo com as necessidades dos grupos representados. Esta escolha também se justifica pela hipótese de pesquisa de que existe uma participação popular fictícia, pois esta imperfeição na mediação representativa deixaria apartada minorias significativas.

4.2 OS ESTUDOS SELECIONADOS E A JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA

Para realizar a verificação das hipóteses de pesquisa, foram selecionadas quatro pesquisas, para que os resultados aqui alcançados não se vinculassem às características geográficas do local em que a pesquisa foi realizada. Assim, foi feito estudo qualitativo, diante da proposta de reflexão estudo da participação popular como princípio a ser observado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para que seja possível apresentar alternativas para um controle social efetivo no SUS, alcançado por meio da população popular.

Os estudos selecionados foram os seguintes: em uma capital populosa da região nordeste, Fortaleza/CE (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010); em um município de pequeno porte da região sudeste, Teixeiras/MG (COTTA *et al*, 2011); na região de saúde de um estado da

região sul, compreendida por 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (HOPPE *et al*, 2017); e na região metropolitana de um estado da região sudeste, Rio de Janeiro (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Explica-se que não foi feito um novo estudo em Uberlândia tendo em vista o contexto da pandemia, pois a Universidade e diversos órgãos públicos mantiveram suas atividades de maneira remota, dificultando a obtenção de dados e a própria aprovação da pesquisa perante o Conselho de Ética da Universidade. Entretanto, considera-se que o objetivo de verificação foi alcançado analisando estudos precedentes, sem prejuízo, pois as pesquisas selecionadas possuíam informações suficientes às verificações dos indicadores elencados.

Além disso, foi possível realizar a verificação em locais com características populacionais e geográficas diferentes entre si, demonstrando que tais elementos não são utilizados como condicionante à ocorrência ou inoocorrência dos indicadores verificados.

4.3 ANÁLISES SOBRE AS PESQUISAS REALIZADAS

Sendo os Conselhos Municipais de Saúde um órgão permanente e deliberativo para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde (BRASIL, 1990a), foram selecionados estudos realizados em diversas partes do Brasil, cujos resultados serão avaliados em consonância a problemática da participação popular no SUS e os entraves à consecução de uma democracia deliberativa em Nino (1997). Assim, tendo em vista os indicadores apontados no item 4.1, será feita a avaliação dos estudos selecionados a seguir.

4.3.1 Estudo realizado na capital Fortaleza/CE

Em pesquisa qualitativa publicada com o título “A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política”, foram avaliadas as práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política, tomando como campo de investigação o cotidiano do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF) (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2457).

Oliveira e Pinheiro (2010) realizaram coleta de dados entre 1997 e 2005, fazendo uso da observação participante das reuniões do conselho, entrevistas semiestruturadas e levantamento documental. Foram feitas dezessete entrevistas com conselheiros do período 2003-2004 e três entrevistas com antigos conselheiros, sendo também levantados documentos como leis, decretos e regimento interno que regulamentam o conselho no âmbito do município

e atas tanto da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, quanto do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

Foi pontuado que, na capital nordestina Fortaleza, a participação da sociedade civil nas instâncias colegiadas de gestão da saúde teve início em julho de 1986, durante uma administração municipal comandada pelo Partido dos Trabalhadores, sendo criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. No mesmo ano, segundo as autoras, houve a formação do primeiro conselho de saúde no município, sendo o CMSF regulamentado por lei municipal em 1997 (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2460).

Tendo em vista que em determinado momento não foi aceita a vitória de determinada composição para o conselho, que por um período seguiu sob uma gestão autoritária insatisfeita com o resultado democrático, as autoras apontaram para a reprodução de elementos de uma cultura política tradicional, eivada pelas “estratégias dos sujeitos políticos tradicionais tanto ligados à administração municipal quanto à sociedade civil para impor limites e retrocessos ao processo de democratização das instituições e da sociedade” (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2461). Em todo momento conclusivo, se percebe o confronto entre uma política tradicional e o esforço de indivíduos para instituir adequadamente uma política democrática no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, havendo diversos momentos de crise, conflito e a posterior renovação do órgão.

Sobre as práticas de participação no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, destaca-se que:

Além das disputas políticas pela direção do conselho, outras práticas de participação foram identificadas durante o estudo. Elas se expressaram de diferentes modos; há a participação como presença - os mais inibidos não se arriscam a pedir a palavra e às vezes não são vistos nem ouvidos quando se atrevem a tal feito. Os mais corajosos e/ou treinados nos processos de discussão tomam parte do debate, querem ser vistos e ouvidos e suas manifestações de participação revelam-se como queixas, reclamações, denúncias, perguntas de esclarecimentos, solicitações, sugestões, formulação de propostas e encaminhamentos. (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2461)

É interessante para a presente pesquisa notar que uma das dificuldades destacada pelos conselheiros é exatamente a falta de capacitação para exercer o papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas, o que acaba por favorecer os entraves que a política tradicional coloca sobre o processo democrático (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2461). Tal problemática se associa à falta de participação, demonstrando que a esfera pública de tomada de decisão não é universal, e que nem todos têm a mesma oportunidade de fala e escuta. Trata-

se, assim, de uma demonstração da seletividade do sistema no que diz respeito ao controle social exercido por meio dos conselhos de saúde.

Além disso, alguns conselheiros destacaram o conflito entre a responsabilidade de participar para decidir sobre a política de saúde, defendendo os interesses coletivos na garantia do SUS universal, equânime e integral, e ter de garantir sua sobrevivência e a da sua família, uma vez que a participação nessas instâncias colegiadas ocupa muito tempo, do qual o trabalhador não dispõe para se dedicar plenamente ao conselho (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2462).

Neste aspecto, Nino (1997, p. 215-216) destaca, ao discutir o problema da apatia política, que este problema pode ser causado pela exigência de uma participação exaustiva do indivíduo. Assim, a participação moderada do cidadão não deve ser vista como algo prejudicial, e também não deve ser rechaçada face a uma participação que exija muito tempo dos indivíduos envolvidos. Por este motivo, seria interessante que houvesse um equilíbrio quanto ao tempo de participação dos conselheiros, ou uma reestruturação que permitisse uma maior qualidade do debate, diante do tempo de dedicação disponível para as deliberações do conselho.

As autoras concluem que, sendo a participação nos conselhos de saúde um processo de conquista cotidiana, que reflete os dilemas e contradições da sociedade brasileira, tais práticas colaboram para constituir sujeitos políticos que se formam no exercício da democracia, construindo uma nova realidade social, ainda que os cidadãos enfrentem cotidianamente o distanciamento entre a norma jurídico-política e a prática para o acesso e usufruto de bens e serviços produzidos socialmente (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2463). Os Conselhos de Saúde, nesse contexto, constituem espaços em que a luta pela efetivação do direito pode ser travada.

Assim, no estudo realizado em Fortaleza/CE verifica-se a ocorrência do indicador da apatia política, que foi associada por Nino (1997, p. 215) à exigência de que o indivíduo se dedique à deliberação sem moderação, de modo a prejudicar suas atividades cotidianas. Além disso, os entraves políticos apontados no histórico do Conselho, que passou até mesmo por um momento em que houve a recusa de determinado grupo de poder a deixar a gestão do Conselho, demonstra o empobrecimento do debate, uma vez que em determinados momentos a decisão democrática não foi respeitada na composição do Conselho.

4.3.2 Estudo realizado no município de pequeno porte Teixeira/MG

Em pesquisa qualitativa publicada com o título “O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde”, foi avaliada a experiência do controle social em saúde por meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de pequeno porte Teixeira/MG, sendo analisada a dinâmica de construção do processo de controle social e o funcionamento do Conselho (COTTA *et al*, 2011, p. 1122).

Cotta *et al* (2011) realizaram coleta de dados entre abril e setembro de 2006, com os membros do CMS, fazendo uso de uma entrevista semiestruturada com tais membros, das representações sociais sobre o processo de controle social no município, e das atas das reuniões do atual conselho. Esclareceu-se que o conselho, empossado em 2005, possuía 38 membros, sendo 21 titulares e 17 suplentes. Tendo em vista que dois conselheiros não puderam ser encontrados em suas residências ou local de trabalho, e que quatro conselheiros recusaram a participação sob o argumento de que nunca haviam sequer participado das reuniões, a pesquisa foi realizada sem a totalidade dos conselheiros de saúde.

Os pesquisadores notaram ainda que os conselheiros, de maneira geral, apresentam maior formação escolar e estão ligados diretamente à prefeitura, tanto administrativamente quando politicamente, diferenciando-se de imediato do perfil dos demais usuários do SUS no município (COTTA *et al*, 2011, p. 1124).

Em um município de grande porte, como colocado anteriormente, foi percebido que o jogo político institucional reflete no Conselho Municipal de Saúde e que, embora tal reflexo não seja de todo positivo para a concretização da participação, as diretrizes e normas possuem um peso maior para o funcionamento do Conselho. Entretanto, conforme percebem Cotta *et al* (2011), a realidade é distinta.

Os pesquisadores apontaram que o CMS se constitui, no município, apenas um meio informativo acerca da saúde no município, colocado como “uma exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela SMS; e como um lugar onde estarão presentes aquelas pessoas que são tidas como aliados políticos ou pessoas de confiança dos gestores locais” (COTTA *et al*, 2011, p. 1125). Isto corresponde a um indicador de empobrecimento do debate, uma vez que o debate não ocorre verdadeiramente na esfera de deliberação delineada para este fim – o Conselho de Saúde –, advindo de maneira pré-constituída do Poder Executivo para ser chancelada pelo Conselho.

Nino (1997, p. 228) critica a tendência de se centralizarem propostas políticas pessoalmente em um indivíduo – ou, no caso, no Poder Executivo – e não em suas ideias ou

proposições para o governo, fazendo suas características e preferências serem vistas com mais importância de que suas posições sobre o serviço público em si. São ressaltados, assim, os perigos interesses privados por trás de propagandas e publicidades massivas em torno de certos candidatos.

Diante disso, é possível perceber que o indicador da imperfeição representativa atinge também os Conselhos de Saúde a partir do momento em que, por mais que o perfil dos conselheiros seja compatível com o da população, os interesses privados dos gestores do Poder Executivo adentram e dominam a tomada de decisão inerente às deliberações que deveriam acontecer em conselho, tornando-o um instrumento feito para referendar o que já foi decidido no Executivo, centralizando ainda mais as decisões, e fugindo da ideia de uma participação popular em saúde, para a qual o Conselho foi instituído inicialmente.

Assim, é necessária uma releitura da comunicação coletiva, para que a qualidade do debate público não se perca por meio do empobrecimento do debate, causado por diversos fatores, desde o sistema de governo à pressão e influência da mídia sobre certas ideologias ou mesmo determinadas personalidades políticas que integram as corridas eleitorais.

Além disso, os pesquisadores notaram que a paridade de representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no Conselho, como norteia a própria legislação federal que rege os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b), não é respeitada. Levantou-se que 37,5% (n=12) são representantes da população, 9,4% (n=3), dos trabalhadores e 53,1%, (n=17) do governo, sendo que, entre estes, 11,8% são da câmara dos vereadores (2 vereadores municipais), sendo destacado que muitos conselheiros sequer sabiam informar qual segmento da sociedade representavam. Demonstrou-se, ainda, a ausência de uma agenda pré-definida sobre a data de realização das reuniões, dificultando a participação no conselho (COTTA *et al*, 2011, p. 1126-1127).

Estes dados, associados ao fato de que alguns dos conselheiros de saúde do município sequer haviam participado das reuniões, demonstram o desinteresse da população em participar da tomada de decisões e também em fiscalizar o funcionamento desta instância deliberativa de tomada de decisões, demonstrando também a presença do indicador de apatia política. Para Cotta *et al* (2011, p. 1133), “os limites para o processo de participação não se dão apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, assim como a falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida”.

Esta apatia política foi apontada por Nino (1997, p. 215) como um motivo de crise da democracia, e no caso do município avaliado, se percebe que essa apatia vem não só da falta de fiscalização e exigência da população quanto ao seu direito de representatividade no conselho,

mas até mesmo dos próprios membros, que parecem ser instrumentos do Poder Executivo na manutenção de suas decisões também na instância do Conselho de Saúde.

Corroborando com esta percepção, foi notada a baixa capacidade de influência dos conselheiros nas decisões do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira/MG, tendo em vista a força das decisões do Poder Executivo, dentre outros pontos avaliados na pesquisa. Neste sentido, leia-se:

Apesar da baixa capacidade de influência dos conselheiros nas decisões do CMS, identificadas mediante os relatos descritos anteriormente, perguntamos aos entrevistados se acreditavam na existência concreta da participação popular no CMS. 59,4% (n=19) destes relataram que isso não ocorria no município, e as justificativas para tal resposta foram: **o desinteresse e a desinformação da população** (10,5%, n=3) e **a inexistência da possibilidade do exercício da participação popular no conselho local** (89,5%, n=17). Essa percepção pode ser ilustrada através das seguintes citações:

Não existe representação dos usuários, falar que existe é uma mentira, eles não querem que isso aconteça... **o conselho é todo formado por amigos**. (25).

Não deixam isso acontecer por questões políticas, querem mostrar o que eles fizeram, **não dão espaço ao povo, muito menos se for de oposição** (16)

Assim, verificamos que, na visão de alguns conselheiros, **o Executivo resiste em compartilhar o poder com os demais segmentos da sociedade, tutelando, dessa forma, quais são os membros da sociedade que farão parte do conselho**. Com isso, ocorre uma verdadeira despolitização dos âmbitos do exercício da cidadania participativa nas instâncias efetivas de participação popular e na formulação de políticas essencialmente sociais, **como o caso das políticas de saúde**. (COTTA *et al*, 2011, p. 1129, grifou-se)

Portanto, além do problema da representação no conselho e da apatia política que permeia as tomadas de decisão no conselho, percebe-se que esse contexto de desconhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem a criação, reformulação, estruturação e funcionamento desta instância deliberativa “pode ser interpretado como fator pré-determinante para a realidade inadequada do exercício do controle social em saúde, encontrada no município estudado” (COTTA *et al*, 2011, p. 1127).

Em suas conclusões, além de observarem que no município estudado a gestão participativa no SUS não se consolidou como uma prática efetiva, havendo uma forte influência dos gestores locais sobre o funcionamento do CMS, Cotta *et al* (2011, p. 1130) apontaram que diversos estudos sobre conselhos de saúde no Brasil demonstram que as diretrizes não são respeitadas, sendo frequentes e desafiadores os problemas de composição, representação e representatividade dos conselheiros.

No caso dos municípios, concluiu-se que além das questões de paridade, os critérios de escolha dos representantes são frequentemente obscuros e influenciados fortemente por ingerências políticas, sendo que tais características acarretam na ausência de representação dos verdadeiros interesses dos cidadãos.

Diante disso, a “ausência de pluralidade na tomada de decisão transforma o conselho num espaço vazio do seu sentido existencial, que seria a acomodação das diferenças num espaço em que as decisões são tomadas mediadas pelo princípio da igualdade e possibilitadas pelo processo de diálogo” (COTTA *et al*, 2011, p. 1131). Assim, os pesquisadores apontam para a necessidade de uma sociedade ciente de seus direitos e deveres na construção do SUS, criticamente conscientes, bem como para a necessidade de um Estado aberto e apto a validar a eficiência deste processo deliberativo democrático de construção das políticas públicas em saúde.

Assim, para o estudo realizado no Município de Teixeira/MG foram verificados os três indicadores de entraves à concretização democrática, a saber: a apatia política, demonstrada pelo desinteresse da população; e o empobrecimento do debate, marcado pelo descumprimento da regra de paridade do conselho e pelo uso do conselho como mecanismo de mera legitimação das decisões do Poder Executivo; e também a imperfeição da mediação representativa, pois os conselheiros, de maneira geral, apresentam maior formação escolar e estão ligados diretamente à prefeitura, tanto administrativamente quanto politicamente, diferenciando-se do perfil dos demais usuários do SUS no município.

4.3.3 Estudo realizado nos 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul

Em pesquisa qualitativa e quantitativa publicada com o título “Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde”, foram coletados dados com o objetivo de conhecer o cenário da participação dos usuários de serviços de saúde no planejamento, monitoramento e controle das ações de saúde, verificando potencialidades, fragilidades, perspectivas e desafios da participação popular no SUS nos 13 municípios que compõem a 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada no centro do estado, que compreende uma população de aproximadamente 345 mil habitantes. (HOPPE *et al*, 2017, p. 335).

Hoppe *et al* (2017) realizaram coleta de dados que foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul em 2015, tendo sido o estudo publicado em 2017. Foram selecionados, de maneira aleatória, 26 usuários de serviços de saúde

integrantes de Conselho Municipal de Saúde (CMS) e 26 usuários de serviços de saúde não integrantes de CMS, sendo dois sujeitos de cada uma dessas categorias por município, totalizando uma amostra de 52 indivíduos (HOPPE *et al*, 2011, p. 336).

A pesquisa mensurou conhecimentos e práticas a respeito do SUS, no caso destes usuários, trazendo dados quanto (1) ao conhecimento sobre o planejamento das ações de saúde/SUS; (2) aos espaços de participação dos entrevistados que são utilizados para o planejamento das ações de saúde/SUS; (3) à avaliação dos sujeitos pesquisados acerca das atividades de saúde planejadas nos municípios da região, considerando se as mesmas transformam-se em ação; (4) às as formas de monitoramento referidas pelos sujeitos da pesquisa; e (5) aos resultados obtidos através do monitoramento das ações de saúde pela comunidade nos municípios, referidos pelos entrevistados (HOPPE *et al*, 2017, p. 338-339).

Quanto ao primeiro ponto, os resultados alcançados demonstraram que muitos usuários não conselheiros desconhecem a forma como as atividades de saúde são planejadas nos municípios estudados. Tal dado, segundo os pesquisadores, expõe o distanciamento da população com os espaços institucionalizados de participação popular em que ocorrem o planejamento das ações de saúde. Além disso, foi notada a deficiência no processo de qualificação dos conselheiros, considerando-se a desigualdade na compreensão dos diferentes segmentos que integram o CMS. Apesar destes resultados, todos os entrevistados reconheceram a importância da participação da comunidade no planejamento e monitoramento das ações de saúde no SUS (HOPPE *et al*, 2017, p. 338).

No que diz respeito ao segundo ponto, os resultados alcançados demonstram que os espaços de participação popular mais utilizados para o planejamento das ações de saúde foram os Conselhos e as Conferências de Saúde, sendo também apontadas as reuniões de comunidade, as reuniões de associações, as reuniões de Unidades de Saúde e as próprias reuniões das Câmaras de Vereadores (HOPPE *et al*, 2017, p. 338).

No terceiro ponto, a avaliação dos sujeitos pesquisados acerca das atividades de saúde planejadas nos municípios da região, observou-se que a minoria dos entrevistados acredita que as ações não se efetivam, de modo que a resposta mais obtida foi que os indivíduos acreditam que as atividades se efetivam, seguida da resposta em que acreditam que se efetivam em parte (HOPPE *et al*, 2017, p. 338). Não foram apresentadas justificativas discursivas para a resposta, sendo considerado apenas o julgamento dos entrevistados do estudo acerca das atividades de saúde planejadas nos municípios da região, considerando se as mesmas se transformam em ação ou não.

O quarto aspecto analisado, concernente às formas de monitoramento dos entrevistados nas ações do SUS, demonstra que os mais citados foram a participação em reuniões, ao acompanhamento das etapas de projetos e atividades, bem como a participação em conferências de saúde. Note-se que 19 usuários conselheiros (95%) afirmaram que o de monitoramento das ações do SUS pela comunidade traz resultados para a população. No que tange aos usuários não conselheiros, apontou-se que três (11,5%) não souberam responder esse questionamento e 22 (84,6%) acreditam que o acompanhamento das ações de saúde por parte da população traz resultados (HOPPE *et al*, 2017, p. 339).

No quinto ponto avaliado por Hoppe *et al* (2017, p. 340), foi concluído que “o acompanhamento das ações de saúde/SUS pela comunidade proporciona agilidade aos processos instaurados, possibilitando que os mesmos se tornem efetivos e não impliquem em gastos elevados para sua realização”, apontando-se, ainda, que “os conselhos, como espaços direcionados à prática do controle social, possibilitam maior legitimidade e resolutividade às discussões e decisões das demandas levantadas pela população”.

Diante destes dados, Hoppe *et al* (2017, p. 340) identificaram de maneira específica alguns entraves para a prática da participação popular. Assim como os conselheiros do município de Teixeiras/MG (COTTA *et al*, 2011), foi apontada a ausência de tempo para participação no conselho, uma vez que o horário das reuniões muitas vezes coincide para com o horário de trabalho dos usuários, sendo estes conselheiros ou não.

Além disso, os pesquisadores reconheceram a falta de capacitação dos conselheiros, de modo que “o conhecimento restrito dos mesmos acerca das possibilidades de ação como representante da comunidade no conselho atravança o desenvolvimento do protagonismo dos usuários dentro do controle social”.

Por fim, apontou-se situação que embora não extrema, se assemelha à do município de Teixeiras/MG no que diz respeito aos prejuízos e entraves da cultura política, tendo em vista a constatação de que muitas decisões já chegam tomadas das Secretarias de Saúde, minando o espaço de decisão e deliberação do conselho. Além disso, foi destacado também o entrave do desconhecimento quanto às ações de participação popular no SUS (HOPPE *et al*, 2017, p. 340).

Tais situações se amoldam aos problemas suscitados por Nino (1997) e já identificados nos dois últimos estudos, sobretudo no que diz respeito ao tempo dedicado ao conselho sendo verificados dois dos indicadores propostos, a saber: a apatia política, demonstrada pelo distanciamento da população com os espaços institucionalizados de participação popular em que ocorrem o planejamento das ações de saúde; e ao empobrecimento do debate, demonstrado

pela ingerência do Poder Executivo sobre as decisões dos Conselhos, diante do apontamento de que muitas decisões já chegam tomadas da Secretaria de Saúde.

4.3.4 Estudo realizado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro

Em pesquisa de caráter exploratório, publicada com o título “Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde”, com o objetivo de mensurar a contribuição que a participação nos Conselhos de Saúde traz para a aquisição de valores cívicos entre os representantes dos usuários dos serviços do SUS, tendo sido a pesquisa realizada junto aos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, que possui 18 municípios e 10,5 milhões de habitantes, representando quase 80% da população do Estado (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 542).

Labra e Figueiredo (2002, p. 542) realizaram coleta de dados com os representantes dos usuários dos Conselhos de Saúde dos 18 municípios, obtendo 16 respostas. Esclareceu-se que o total de representantes é de 122 conselheiros, havendo resposta de 60 (49%). Ademais, esclareceu-se que a pesquisa foi realizada por meio de aplicação de questionário, que constou de 73 perguntas fechadas e duas abertas referentes quanto ao controle social na saúde.

Assim como no município de Teixeira/MG (COTTA *et al*, 2011, p. 1124), os pesquisadores apontaram que 43,3% dos representantes do Conselho possuem curso superior completo ou incompleto, tendo em vista ainda que a média da Região Metropolitana avaliada é de apenas 6,6%. Além disso, constataram que os representantes dos usuários são majoritariamente homens, tratando-se majoritariamente de indivíduos com mais de 35 anos, das quais cerca de dois terços (72%) estão ou estiveram inseridas no mercado formal de trabalho (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 542-543).

Embora se verifique que uma parcela dos conselheiros não está envolvida nas questões do Conselho, o estudo realizado pelos pesquisadores demonstra que a maioria deles acredita que o Conselho serviu para despertar interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania, além de contribuir para despertar interesse pelas políticas de saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 545). Entretanto, os resultados positivos não foram os mesmos quando a pesquisa se voltou ao controle social nas políticas públicas de saúde.

Neste ponto, 65% dos entrevistados afirmou que o controle social nunca, ou poucas vezes, funciona na prática. Apenas 30% afirmou que esse controle funciona sempre, ou muitas vezes, e 5% disse que não sabe. Dos 60 entrevistados, apenas 33 justificaram, e 21 o fizeram sob a alegação de que esta baixa eficácia do controle social advém da falta de vontade política,

ou de interesse das autoridades. Ainda, os pesquisadores observaram que:

Em síntese, essas assertivas revelam que, **apesar de o tema do controle social ter sido um objetivo fundamental da construção democrática do SUS, e continuar sendo tema central das conferências de saúde em todos os níveis, de incontáveis debates e de numerosas publicações, em geral não é percebido como uma realidade na prática dos CS.** E quando isso sucede, é entendido como sendo uma **função das autoridades** e não como um meio para os cidadãos exercerem vigilância sobre as ações dos poderes públicos de modo que atendam o bem comum. A esse respeito, um ponto de suma importância é o controle dos conselheiros representantes dos usuários sobre as contas do gestor, prerrogativa essa contemplada nas atribuições do CS. (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 545-646, grifou-se)

Novamente, é possível perceber as características de uma apatia política, apontada por Nino (1997, p. 215) como um motivo de crise da democracia. Além disso, os problemas de representatividade parecem gerar um círculo retroalimentado por este problema da apatia política. Explica-se: o desinteresse da população no exercício do controle social faz com que a tomada de decisões seja centralizada nas autoridades; e a centralização das decisões nas autoridades exclui cada vez mais a população, que talvez em um mecanismo de manutenção do *status quo* segue representada por indivíduos que não trazem diversidade ao debate. Como visualizado, trata-se majoritariamente de homens, em idade madura, com formação educacional superior e inseridos na política.

Do estudo realizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, ainda é interessante notar que essa tomada de decisões centralizada nas autoridades não faz com que os conselheiros enxerguem uma disfunção nos Conselhos de Saúde. Em outras situações, como no município de Teixeiras/MG (COTTA *et al*, 2011), essa centralização é vista como algo que gera reflexos negativos, reconhecidos pelos próprios conselheiros. No caso da pesquisa com a 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (HOPPE *et al*, 2017), a chegada de decisões prontas, advindas das Secretarias de Saúde, também foi vista como algo negativo. Entretanto, no caso do estudo de Labra e Figueiredo (2002), os autores percebem a centralização das decisões como consequência da ausência de participação popular, e não como causa.

Assim, o estudo realizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro apresenta os três indicadores pontuados na pesquisa: a apatia política, que advém da centralização do poder de decisão e das atividades de deliberação às autoridades, distorcendo a representação popular nos Conselhos; o empobrecimento do debate, alimentado por esta deficiência representativa e por esta centralização; e ainda a imperfeição da mediação representativa, que é percebida pela incompatibilidade do perfil dos conselheiros de saúde para com o perfil da população.

4.3.5 Considerações acerca dos estudos

A interpretação dos dados obtidos nos quatro estudos analisados pode ser diversa. Um exemplo disso, justamente, é o que se percebe se comparado o estudo de Labra e Figueiredo (2002) com os demais, pois estes autores atribuem a centralização das decisões nas autoridades à ineficiência do controle social, como se, diante da ausência deste controle, ele é “entendido como sendo uma função das autoridades e não como um meio para os cidadãos exercerem vigilância sobre as ações dos poderes públicos de modo que atendam o bem comum” (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 545).

Entretanto, em outras localidades, o reconhecimento é de que esta centralização reflete características de uma política tradicional, trazendo prejuízos à diretriz de participação popular no SUS e se constituindo causa, e não efeito, dessa ineficiência da participação. No caso do município de Fortaleza/CE, por exemplo, foram citados eventos em que a luta pelo poder trouxe riscos à gestão democrática em saúde (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Em Teixeira/MG, a característica de centralização do poder, colocando o Conselho como instrumento de validação das decisões tomadas no Poder Executivo, também é visto de maneira negativa (COTTA *et al*, 2011). E, por fim, no caso da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, a falta de deliberação, em prol de projetos que vêm do Poder Executivo já formulados, também é comentada como algo prejudicial à gestão democrática do SUS (HOPPE *et al*, 2017).

De mais a mais, é possível afirmar que a constatação da baixa representatividade é feita em todos os estudos, ainda que não diretamente. Isto porque, para além apenas do desrespeito à paridade de representação nos Conselhos, foram verificados entraves como a divergência entre o perfil dos conselheiros e da comunidade, a baixa participação da sociedade e também a forte influência da política tradicional e do Poder Executivo sobre os conselhos, constituídos para serem espaços de deliberação e compreensão das necessidades sociais em matéria de saúde pública.

A avaliação dos resultados obtidos nas pesquisas, tendo em vista o contexto brasileiro, não podem ser dissociadas da realidade do país. Neste sentido, interessa destacar o seguinte excerto:

Entretanto, refletindo sobre a realidade brasileira, não se pode esquecer da exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população, sobretudo em relação ao mercado, aos bens públicos e aos recursos coletivos de poder. Observa-se que, apesar do avanço legal para a fundamentação dos

direitos sociais no Brasil, ainda temos sua negação para a maioria da população, que vive numa situação matizada pela doação de cidadania pelo Estado, de forma que este estipula o que melhor lhe convém. De acordo com Marilena Chauí (1986), a cidadania no Brasil tem sido historicamente uma concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, podendo ser-lhes retirada quando os dominantes assim o decidirem. Na realidade estudada, observa-se que o desconhecimento do governo local sobre os princípios da participação popular em saúde acabou por impedir o compartilhamento do poder decisório no espaço do conselho de saúde com os demais membros da sociedade, não reconhecendo, assim, a legitimidade dessa instituição. (COTTA *et al*, 2011, p. 1132-1133)

Como apontado anteriormente neste trabalho, a problemática da desigualdade afeta significativamente os esforços realizados para a participação popular, sendo compreensível inclusive que, diante desta insuficiente participação, as autoridades do Poder Executivo tomem frente para decidir sobre as questões de saúde.

O problema, todavia, é quando essa assunção de responsabilidades se sobrepõe autoritariamente aos conselhos, em situações em que esta participação é desejada pelos conselheiros. Além disso, tem-se que, em vez desta “medida paliativa” – a assunção de tarefas e planejamento das autoridades –, ou até mesmo aliada a ela, devem ser encontrados meios de incentivo da participação popular, sob o risco de que o sistema seja retroalimentado por esta deficiência na participação da comunidade. Neste mesmo sentido:

A partir desses resultados, sugere-se que a participação popular seja estimulada pelos líderes comunitários e figuras sociais que estão engajados nessa prática, através da construção de ações que modifiquem esse cenário. É necessário provocar a população através da socialização das possibilidades de participação e dos resultados advindos da organização dos grupos da sociedade, apontando para a participação popular como garantia de cidadania, haja vista que os movimentos sociais possibilitam a interação dos mais diversos atores, reconhecendo a singularidade e importância de cada cidadão no exercício da democracia em saúde. (HOPPE *et al*, 2017, p. 342)

Assim, para que a apatia política não se torne previsível, ou talvez programada, é necessário que a participação da comunidade no SUS, que é facilitada por meio dos Conselhos de Saúde, seja estimulada por ações dos representantes políticos e das autoridades no tema, conscientizando a população por meios que a atinjam e a tornem criticamente cientes da importância da sua participação.

Quanto aos indicadores avaliados, segundo os critérios subjetivos estabelecidos no início deste capítulo, percebeu-se a presença majoritária da apatia política, associada ao empobrecimento do debate gerado pela deficiência no espaço de deliberação, tanto por

descumprimento à paridade estabelecida na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) quanto pelo uso dos Conselhos de Saúde apenas como meios de legitimar decisões que já haviam sido tomadas no âmbito do Poder Executivo.

Para Jessé de Souza, é até mesmo possível avaliar o potencial democrático das sociedades liberais pelo modo com que estas sociedades tratam as suas minorias (SOUZA, 2006, p. 42). Por conseguinte, essa ausência de uma participação adequada no SUS, que foi verificada adiante, permite concluir uma deficiência na participação democrática na formulação de políticas públicas de saúde.

5 CONCLUSÃO

Esta dissertação se propôs a verificar a participação popular e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), com base no conceito estabelecido em Carlos María Cárcova na obra “A opacidade do direito” (1998) e também pela ótica da participação deliberativa de Nino (1997).

A opacidade se relaciona com a barreira que é criada entre a vigência de uma norma e o cumprimento de sua finalidade no plano material. Este conceito foi abordado nesta pesquisa tendo em vista o hiato existente entre a norma que prevê a participação popular no SUS e os destinatários desta norma, que não conseguem absorver e compreender o conteúdo e os instrumentos postos no direito, e por isso não conseguem retirar do Direito os benefícios propostos em sua construção. Assim, a pesquisa se iniciou sob o pressuposto de que a participação popular no Sistema Único de Saúde é afetada pelo problema da opacidade das normas de controle social neste Sistema.

Diante disso, foi levantada a hipótese de que os meios existentes e propagados de participação popular no âmbito do Sistema Único de Saúde possuem características de um direito opaco em virtude (a) da falta de conhecimento sobre os meios de participação e (b) de uma participação popular fictícia, pois a qualidade da representatividade deixa apartada minorias significativas, que são os mais necessitados do sistema de saúde pública.

A conclusão do estudo realizado decorre de toda a trajetória da pesquisa. Inicialmente, foi necessário compreender o direito à saúde como direito humano, fundamental e também social, no ordenamento jurídico brasileiro. Reconheceu-se a importância do controle social para a concretização dos direitos sociais constitucionalmente previstos, constatando-se que o direito à saúde, objeto central da pesquisa, pode ser moldado pelo controle social e pela participação popular, que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os pressupostos para que este controle social na saúde se realize, destacou-se a necessidade de se construir um cenário de indivíduos que logram uma igualdade material. Assim, para que o direito à saúde possa atender às demandas de cada grupo que faz uso deste sistema de saúde, concluiu-se pela necessidade de uma institucionalização dessa participação que é essencial para o processo democrático, sendo reconhecida a relevância da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) para este fim.

Desta forma, foi instituída a relação entre democracia e participação popular no SUS. Neste momento, foi possível perceber que o caráter democrático atribuído ao SUS foi fruto de uma longa construção histórica, baseada em lutas e reivindicações no contexto de

redemocratização no Brasil. Concluiu-se neste momento que a prestação do direito à saúde deve contemplá-lo em seu sentido amplo, para além de tratamentos médicos, de modo que o problema da desigualdade social se torna um dos maiores entraves a esta prestação.

Assim, a partir do estudo acerca da democracia e do constitucionalismo aplicados ao direito à saúde, esta pesquisa contemplou os aspectos da democracia deliberativa construída a partir dos conceitos e colocações de Nino (1997). Tendo em vista as hipóteses levantadas no início desta dissertação, foi traçada a relação dos entraves à deliberação democrática – os problemas da apatia política, da pobreza do debate público e da imperfeição da mediação representativa – aos entraves ao controle social e à participação popular no SUS, concluindo-se pela semelhança dos problemas levantados por Nino (1997) e os possíveis problemas da participação popular.

Tendo em vista este arcabouço teórico, esclarecidas as características do direito à saúde e a participação popular no SUS, foram reunidas pesquisas realizadas em diversos locais do Brasil, com vistas a verificar como o controle social e a participação popular em saúde eram avaliados nas mencionadas pesquisas. Assim, foram selecionados estudos quanto à participação nos Conselhos de Saúde em Fortaleza/CE, Teixeiras/MG, nos 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul e, por fim, na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, tecendo-se breves considerações também sobre os seguintes meios de participação: plebiscitos, referendos e iniciativas populares no Brasil.

Para análise destas pesquisas, foram traçados indicadores baseados na obra de Nino (1997), com critérios estabelecidos para identificar de maneira subjetivamente justificada a presença dos problemas da apatia política, do empobrecimento do debate público e da imperfeição da mediação representativa estiveram presentes nos estudos avaliados, salientando-se o problema da baixa representatividade da população em todos os estudos, ressaltando-se que em um deles havia conselheiros que sequer participaram de alguma reunião do órgão deliberativo. No caso dos Conselhos de Saúde, o desinteresse da população foi apontado com maior frequência, associado ao empobrecimento do debate público.

Além disso, percebeu-se a distorção da paridade representativa intentada pelas Leis de Saúde nos Conselhos de Saúde. Tal distorção, embora constatada com mais clareza quando há um desrespeito numérico à estipulação da representantes, também pode ser constatada porque em mais de um estudo verificou-se uma postura autoritária por parte do Poder Executivo sobre as decisões do Conselho, o que foi visto de maneira negativa pelos participantes, e o distanciamento do perfil dos conselheiros para com o perfil da população.

Assim, quanto aos indicadores avaliados, segundo os critérios subjetivos estabelecidos no início do quarto capítulo, percebeu-se a presença majoritária da apatia política, associada ao empobrecimento do debate gerado pela deficiência no espaço de deliberação, tanto por descumprimento à paridade estabelecida na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) quanto pelo uso dos Conselhos de Saúde apenas como meios de legitimar decisões que já haviam sido tomadas no âmbito do Poder Executivo.

Considerando-se o objetivo de verificar a opacidade do controle social e da participação popular no SUS, e constatado o hiato existente entre as normas que preveem a participação da sociedade no SUS e o controle social sobre as ações de saúde, conclui-se que tal direito é opaco, pois foi possível verificar nas pesquisas e estudos analisados a deficiência na participação democrática no SUS.

Quanto à hipótese da falta de conhecimento sobre os meios de participação, foi constatado no estudo realizado nos 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul que muitos usuários não conselheiros desconhecem a forma como as atividades de saúde são planejadas nos municípios estudados. O estudo realizado no município de pequeno porte Teixeira/MG também apontou para o desconhecimento da população, porém associou a falta de participação ao entrave de uma gestão autoritária e pouco representativa da sociedade.

Por sua vez, a hipótese de que ocorre uma participação popular fictícia, dada a qualidade da representatividade – tendo por consequência a exclusão de minorias significativas – foi verificada em todos os estudos, ainda que de maneira diferente em cada um deles. Isto porque foi constatada a ocorrência de desrespeito à paridade de representação nos conselhos, bem como a divergência entre o perfil dos conselheiros e da comunidade, a baixa participação da sociedade e também a forte influência da política tradicional e do Poder Executivo sobre os conselhos.

Tais hipóteses de pesquisa, confirmadas nos estudos com menor ou maior intensidade, se associam respectivamente à apatia política, ao empobrecimento do debate e à imperfeição da mediação representativa, apresentadas por Nino (1997) como entraves significativos à consecução de um espaço deliberativo democrático.

Todavia, conclui-se que a hipótese relacionada à ausência de conhecimento não pode ser vista como razão última da deficiência na participação popular. Em todas as pesquisas, tanto nos Conselhos de Saúde quanto nas Consultas Públicas, verifica-se que a participação é existente, ainda que pequena. Diante de todo o estudo realizado, caracterizar o problema como uma apatia política, que gera o empobrecimento do debate e da qualidade das soluções encontradas, na forma delineada por Nino (1997), é mais adequado porque atribui à deficiência na participação a profundidade que ele comporta.

Diz-se que o problema é mais profundo porque o simples desconhecimento comporta soluções, à primeira vista, mais simples: campanhas de conscientização, criação de incentivos para a participação, simplificação dos meios de manifestação. Entretanto, enxergar a apatia política perpetrada no seio da participação popular e do controle social no SUS permite a proposição de soluções mais adequadas e, portanto, mais complexas. O despertar da vontade de inclusão da sociedade nos processos decisórios do SUS deve ser tido como objetivo das gestões de governo em suas diversas esferas, e jamais tolhido por estas gestões.

Cabe salientar, ainda, que o problema da apatia política e do desinteresse da sociedade no controle social e na participação popular no SUS acarreta no empobrecimento do debate público, impedindo que a formulação de políticas públicas de saúde contemple de maneira profunda e acertada as necessidades da comunidade.

O problema da representatividade, por sua vez, figura como razão significativa da deficiência democrática do SUS, tendo em vista que os gestores que deveriam incentivá-la, por vezes, reproduzem elementos de disputa de poder característicos da política convencional e acabam por minar ou afastar definitivamente a contribuição advinda da participação social. Tal problemática se associa ainda ao da apatia política, porque a baixa qualidade da representação faz com que os representantes entrem em descrédito perante a população, incorrendo em uma sucessão cíclica de comportamentos que tornam o controle social e a participação popular no SUS cada vez mais deficientes.

Nesta esteira, a desigualdade material entre a população, sobretudo nas minorias, e os demais agentes que participam da formulação de políticas públicas de saúde nos espaços de deliberação é um fator determinante para que esta deficiência participativa se perpetue no decorrer do tempo. Observou-se, com base nos autores estudados, o círculo vicioso que a desigualdade constrói, associado no imaginário popular à justificação da desigualdade sofrida, colocando determinada parcela da população à margem do exercício da cidadania em sua completude e tornando-os subintegrados à sociedade.

Portanto, conclui-se que é impossível dissociar o problema da opacidade dos mecanismos de controle social e da participação popular no SUS da desigualdade material sofrida pelo povo brasileiro, que age como fator determinante e perpetuador das mazelas da apatia política, do empobrecimento do debate público e da baixa qualidade da representatividade.

Tendo em vista que as normas de saúde não encontram um destinatário homogêneo, a sua aplicação deve ser adequada para que produza efeitos sobre todas as parcelas da população, o que não é possível sem que esta população seja devidamente ouvida e tenha suas demandas

consideradas. Neste ponto, concluiu-se pela importância de que a saúde pública incorpore cada vez mais o sentido amplo de um completo bem-estar físico, mental e social, uma vez que quanto pior a qualidade de vida do ser humano, as dificuldades geradas pela desigualdade social tornarão o povo cada vez mais doente.

Diante do papel relevante da sociedade, inequívoca conhecedora de suas maiores necessidades, torna-se fundamental que haja o fortalecimento de uma cultura democrática mais participativa, reconhecendo-se que este fortalecimento não é suficiente para resolver todos os problemas da inclusão da sociedade, sobretudo de suas minorias, no processo decisório, deliberativo e democrático.

Para que tal integração ocorra, a luta pela igualdade é ainda mais fundamental, pois em um ambiente desigual não será possível concretizar um efetivo controle social ou a participação da sociedade. Assim, além de abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira, é preciso aprender a falar com esta sociedade, transformando a linguagem e adequando o ouvido para que a comunicação funcione entre Estado e sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito fundamental à saúde: uma análise da efetividade da saúde e do princípio da proibição do retrocesso social.** Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. Belo Horizonte, 2013. 237f.

AROUCA, Sérgio. **Democracia é saúde.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE, 8., março de 1986, Brasília. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Video/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Video restaurado em 2013. Publicado no canal VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 vídeo (42min33seg). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Publicado em 6 set. 2013. Acesso em: 22 abr. 2022.

BARATA, Rita Barradas *et al.* **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Editora Fiocruz, 1997. <https://doi.org/10.7476/9788575412640>

BARBOSA, Adriana Silva *et al.* Reflexões sobre a saúde e a educação a partir de suas relações com o estado e a sociedade no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 2, p. 05-20, 2014.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro. **Revista da EMERJ**, v.4, n.15, 2001. p. 11-47.

BARROSO, Luís Roberto. **O Novo Direito Constitucional Brasileiro: Contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil.** 3ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora Fórum. 2014.

BARROSO, Luís Roberto. **O Novo Direito Constitucional Brasileiro: Contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil.** 3ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora Fórum. 2014.

BASAN, Arthur Pinheiro; SANTOS, Eduardo Rodrigues dos. A condição pós-moderna e a tutela dos direitos fundamentais. In: BORGES, Alexandre Walmott; MARINHO, Sérgio Augusto Lima (Coords.). **Escritos sobre jurisdição constitucional e direitos fundamentais.** Uberlândia: LAECC, 2020, p. 191-221.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil.** 4. Ed. São Paulo: Ática, 1998.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 7-16, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002>

BITENCOURT, Caroline Müller; FRIEDERICH, Denise Bittencourt. A DINÂMICA DO FEDERALISMO BRASILEIRO NO TEMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, CONTROLE SOCIAL E A COVID-19. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 25, n. 3, p. 49-77, 2020. <https://doi.org/10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v25i32058>

BITENCOURT, Caroline Muller; PASE, Eduarda Simonetti. A necessária relação entre democracia e controle social: discutindo os possíveis reflexos de uma democracia “não amadurecida” na efetivação do controle social da Administração Pública. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 2, n. 1, p. 293-311, jan./abr. 2015. <https://doi.org/10.5380/rinc.v2i1.43663>

BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 1, jan./mar., 2016, p. 102-12. <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>

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

BONAT, Debora. **Democracia representativa**: a crise do modelo liberal e sua reestruturação através da participação popular. 2004. 213f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito. 2004.

BONAT, Debora; PEIXOTO, Fabiano Hartmann. O incremento da cidadania através do reforço da participação popular e a crescente judicialização da política. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte. n. 112. p. 109-14. jan./jun. 2016. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2016V112P109>

BONAVIDES, Paulo. A democracia participativa e os bloqueios da classe dominante. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, [S.l.], n. 2, p. 110-120, dez. 2001a. ISSN 1677-1419. Disponível em: <http://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/35>. Acesso em: 04 mai. 2022.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa**. São Paulo: Editora Malheiros. 2001b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Mensagem de veto nº 680, de 19 de setembro de 1990. 1990c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-veto-27098-pl.html>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 25 jul. 2022.

BRASIL. Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Regimento_16CNS.pdf. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Resolução nº 664, de 05 de outubro de 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/2078-resolucao-n-664-de-05-de-outubro-de-2021>. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental em Recurso Extraordinário nº 271.286-8/RS**. Município de Porto Alegre *versus* Diná Rosa Vieira. Relator: Ministro Celso de Melo. Brasília. Acórdão de 12 de setembro de 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental em Recurso Extraordinário nº 271.286-8/RS**. Município de Porto Alegre *versus* Diná Rosa Vieira. Relator: Ministro Celso de Melo. Brasília. Acórdão de 12 de setembro de 2000. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em 24 jan. 2022.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 6ªed: Almedina. 2002.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *O Direito Constitucional como Ciência de Direcção: o núcleo essencial de prestações sociais ou a localização incerta da socialidade* (Contributo para

a reabilitação da força normativa da “constituição social”). **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 22, fev. 2008. Disponível em: https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao022/Jose_Canotilho.htm
Acesso em: 25 jul. 2022.

CÁRCOVA, Carlos María. **A opacidade do Direito**. São Paulo: LTr. 1998.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>

CASIMIRO, Ligia Maria Silva Melo de; MORAES, Filomeno. Planejamento social na Administração Pública: um instrumento essencial na promoção dos direitos fundamentais sociais. **Rev. Direito Econ. Socioambiental**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 443-461, maio/ago. 2017. <https://doi.org/10.7213/rev.dir.econ.soc.v8i2.20947>

CASIMIRO, Ligia Maria Silva Melo de; SOUSA, Thanderson Pereira de. Democracia, estados de exceção e exclusão social: entre lonas de invisibilidade e o amanhã. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 26, n. 2, p. 203-226, 2021. <https://doi.org/10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v26i22178>

CHUEIRI, Vera Karam de; GODOY, Miguel G. Constitucionalismo e Democracia – Soberania e Poder Constituinte. **Revista Direito GV**, São Paulo. v. 6, n. 1. p. 159-174. Jan-Jun, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1808-24322010000100009>

CLÈVE, Clèmerson Merlin. A eficácia dos direitos fundamentais sociais. **Revista Crítica Jurídica**, v. 22, p. 17-29, 2003.

COMPARATO, Fábio Konder. Variações sobre o conceito de povo no regime democrático. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 11, n. 31, p. 211-222, 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9031>. Acesso em: 7 maio. 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000300013>

CORREIA, Maria Valéria Costa. O controle social sobre a política de saúde. In: **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, pp. 53-86. ISBN: 978- 85-7541-522-1. Doi: 10.7476/9788575415221. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qycmp/epub/correia-9788575415221.epub>. Acesso em 20 jan. 2022.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 21, p. 1121-1138, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300019>

COURTIS, Christian; GARGARELLA, Roberto. CEPAL. **El nuevo constitucionalismo latinoamericano: promesas e interrogantes**. Serie Políticas sociales nº 153. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Novembro. 2009. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6162/S0900774_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jan. 2022.

CRUZ, Luiz Antonio Ribeiro da. Direito à Saúde: de norma programática a direito individual exigível. **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 34, ago. 2012, p. 119-132.

DAHL, Robert A. **Sobre a Democracia**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília. 2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (org). **Direito sanitário e saúde pública**. Vol I. Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.39-59. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em 20 jan. 2022.

DA SILVA, José Afonso. Aplicabilidade das normas constitucionais. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 2, n. 1, p. 7-22, 1993. <https://doi.org/10.5020/2317-2150.1993.v02.n1.p07>

DA SILVA RAMOS, Marcelene Carvalho. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 5, n. 22, p. 147-165, 2005. <https://doi.org/10.21056/aec.v5i22.627>

DA SILVA, Virgílio Afonso. **Direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros. 2010.

DUBAR, Claude. **A Crise das Identidades: A interpretação de uma Mutação**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

GARGARELLA, Roberto. El nuevo constitucionalismo dialógico, frente al sistema de los frenos y contrapesos. **Revista Argentina de Teoría Jurídica**, v. 14. Dezembro. 2013. Disponível em: https://repositorio.utdt.edu/bitstream/handle/utdt/10615/RATJ_V14N2_Gargarella.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jan. 2022.

GEBRAN NETO, João Pedro; DRESCH, Renato Luís. A reponsabilidade solidária e subsidiária dos entes políticos nas a o es e serviços de saúde. **Revista do tribunal regional federal - Quarta Região**. Ano 25, número 84. Porto Alegre: 2015. p. 77-103.

GONDIM, Grécia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organiza o do sistema de saúde e a territorializa o. In: **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre faticidade e validade**, volume I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1997. 354 p.

HABERMAS, Jürgen. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 36, p. 39-53, 1995. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451995000200003>

HOPPE, Ariane dos Santos *et al.* Participa o popular no Sistema  nico de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. **Cinergis**, v. 18, p. 335-343, 2017. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.10927>

KELSEN, Hans. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. São Paulo: Martins Fontes, 2000a.

KELSEN, Hans. **A democracia**. São Paulo: Martins Fontes. 2000b.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 537-547, 2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>

LARENZ, Karl. **El derecho justo**. Madrid: Civitas, 1991.

LEAL, Rogério. O Controle social dos serviços públicos no Brasil como condição de sua possibilidade. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 3, n. 13, p. 143-166, 2007. <https://doi.org/10.21056/aec.v3i13.718>

LEITE, George Salomão; SARLET, Ingo Wolfgang (coordenadores). **Direitos Fundamentais e Estado Constitucional**: Estudos em homenagem a J. J. Gomes Canotilho. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2009.

LOIS, Cecília Caballero; MARQUES, Gabriel Lima. A Desconstrução Semântica da Supremacia Judicial e a Necessária Afirmação do Judicial Review: uma análise a partir da democracia deliberativa de Habermas e Nino. **Seqüência (Florianópolis)**, n. 66, p. 113-136, jul. 2013. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2013v34n66p113>

MÜLLER, Friedrich. **Quem é o povo?**: a questão fundamental da democracia. 3ª Ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.

NEVES, Marcelo. Entre subintegração e sobreintegração: a cidadania inexistente. **Dados**, v. 37, n. 2, p. 253-276, 1994.

NINO, Carlos Santiago. **El constructivismo ético**. Centro de estudios constitucionales, 1989.

NINO, Carlos Santiago. **Introdução à análise do Direito**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

NINO, Carlos Santiago. **La constitución de la democracia deliberativa**. Barcelona: Gedisa, 1997.

NOVAIS, Jorge Reis. **Direito como trunfos contra a maioria**. Coimbra Editora. 2006.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books. <https://doi.org/10.7476/9788575413593>

PEREIRA, Rodolfo Vianna. **Direito Constitucional democrático: controle de participação como elementos fundantes e garantidores de constitucionalidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 8ª edição. São Paulo: Saraiva, 2007.

QUINTÃO, Thales Torres. Democracia participativa e deliberativa: congruências ou modelos em disputa?. **Cadernos da Escola do Legislativo - e-ISSN: 2595-4539**, [S.l.], v. 16, n. 26, p. 53-89, fev. 2019. ISSN 2595-4539. Disponível em:

<<https://cadernosdolegislativo.almg.gov.br/ojs/index.php/cadernos-ele/article/view/135>>.

Acesso em: 24 jul. 2022.

RAICHELIS, Raquel et al. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 73-87, 2006.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>

SARLET, Ingo Wolfgang. A titularidade simultaneamente individual e transindividual dos direitos sociais analisada à luz do exemplo do direito à proteção e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 4, n. 10, p. 205-228, 2010. Disponível em:

https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11334/2/O_direito_fundamental_a_protecao_e_promocao_da_saude_na_ordem_juridico_constitucional_uma_visao_geral_sobre_o_sistema.pdf. Acesso em 20 jan. 2022. <https://doi.org/10.30899/dfj.v4i10.449>

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos sociais como direitos fundamentais no âmbito da constituição federal brasileira de 1988. **Anuario iberoamericano de justicia constitucional**, n. 13, p. 427-466, 2009.

SARMENTO, Daniel. A proteção judicial dos direitos sociais: alguns parâmetros ético-jurídicos. **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, p. 553-586, 2008. Disponível em:

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e sociedade**, v. 10, p. 47-74, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>

SENA, Eduardo Cunha Alves de. **A democracia participativa na jurisdição constitucional brasileira: o amicus curiae enquanto mediador democrático no controle concentrado de constitucionalidade no Supremo Tribunal Federal**. 2015. 117f. Dissertação (Mestrado em

Direito). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SILVA, Claudio Valdivino; SILVA, Diego Ferreira Lima; SOUZA, Elza Maria de. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 254-259, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000200013>

SOUZA, Jessé. **A construção social da subcidadania**: para uma sociologia política da modernidade periférica. 1ª Reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2006.

SOUZA, Jessé. **Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2009.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Social control over health policies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, p. 366-378, 1992. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400003>

STEINMETZ, Wilson Antônio. **A vinculação dos particulares a direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros Editores. 2004.