

SAÚDE E CONTROLE SOCIAL – PERSPECTIVAS DE ANÁLISE NOS ANOS 1990

ELIZABETH MACHADO DO NASCIMENTO*

Introdução

Na tentativa de dar visibilidade às questões acerca da Política Pública de Saúde no Brasil, é que se configuram as ações como “uma busca pela participação social em canais institucionais onde a pressão do movimento popular pudesse se refugiar e ter seu curso perene garantido...” (SOBRINHO, 2006).

Diversos segmentos sociais têm na expressão controle social o sinônimo de participação social. O processo de redemocratização nos anos 1980 surge no momento em que a sociedade brasileira experimentava um processo de democratização política, após o fim do regime militar instaurado em 1964.

A organização do Movimento de Reforma Sanitária¹ iniciado no final da década de 1970 reuniu grupos representados por intelectuais, partidos de esquerda, movimentos sociais diversificados que articulados contra o modelo médico-assistencial privatista² buscavam uma política de saúde pública e de qualidade.

Nesse trabalho, será discutido o percurso historiográfico das Políticas Públicas de Saúde entre os anos de 1976 e 2000 com ênfase na década de 1990, e, tais considerações proporcionarão um mapeamento das diferentes representações sociais que convergiram seus ideais a partir da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) que constituíram a base de estudos sobre saúde pública, servindo como fundamento para a organização do movimento sanitário.

* Mestranda em História Social pela Universidade Severino Sombra /USS; Pós-graduada em Planejamento e Gestão Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF; Assistente Social formada pela Universidade Federal Fluminense – UFF/Niterói- RJ e Professora de Serviço Social do Centro Universitário Geraldo Di Biase (UGB).

¹ O Movimento de Reforma Sanitária tornou-se uma experiência rica no campo das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-Sociedade.

² Modelo de saúde implementado durante a década de 70. Termo utilizado por Mendes, E.V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1994.

Este serviu de referência sendo o maior movimento social organizado em prol da saúde no país e teve suas origens nos movimentos populares na década de 1960, quando abaixo-assinados eram realizados, formalizando as reivindicações de categorias diversas. Entretanto, a década de 1970 marca o crescimento e expansão qualitativa desses movimentos, quando a política de saúde passa a ser questionada. Já na década seguinte, diversas frentes reivindicatórias da área de saúde se mobilizaram numa ampla articulação, culminando no Movimento de Reforma Sanitária.

Políticas Públicas e seu processo de formulação

O tema que aborda a elaboração e implementação de políticas públicas tem atraído a atenção de muitos pesquisadores em áreas diversas. O conceito de política pública nos remete a diferença entre *policy* e *politics*. *Policy* como determinada ação voltada por exemplo para política de saúde, configura-se como uma política de administração. *Politics* já envolve uma articulação política, partidos, ação de governar.

Com base na Ciência Política, o conceito de “políticas” em política pública apresenta três sentidos, a saber: “No primeiro, as políticas públicas encaradas como produtos (*outputs*) e como consequências (*outcomes*) da política”. Neste caso, a política determina as políticas. Em um segundo *approach*, o oposto: as políticas são determinantes sobre o curso da política.

Finalmente, se destaca o enfoque centrado no processo de elaboração e decisão com relação às políticas públicas. “Aqui há mais interseção que determinação” (CONDÉ, 2006: 77) e estão atreladas ao fato do governo poder escolher implantar a política ou não, embora sabendo-se que o mesmo poderá ser influenciado também por atores não governamentais.

Há de se esclarecer que ao se tratar de políticas públicas, o fato de o governo realizar ou não suas intenções, causa o mesmo impacto. Elas apresentam um curso intencional, cujo ambiente no qual serão implementadas não está separado da política. Nesse debate, encontra-se um campo heterogêneo, composto por diferentes atores e ambientes institucionais com o objetivo comum de buscar a solução para problemas coletivos. É importante ressaltar, que no estudo das políticas públicas, identifica-se nos últimos anos o social fixado pelo econômico.

Raichelis aponta para a restrição das possibilidades redistributivas e as políticas sociais como compensatórias dos impactos que a política econômica tem promovido. A transferência de responsabilidade do setor público, com ações pontuais a fim de atender especificamente àqueles que necessitam de proteção social, vitimizados pela perversidade do sistema financeiro vigente. Assim, “a sociedade civil passa a ser sinônimo de ‘terceiro setor’, ‘nem público nem privado’, composta por um conjunto indiferenciado de organizações, que passa por cima das clivagens de classe, da diversidade dos projetos políticos, dos conflitos sociais, para valorizar a idéia da comunidade abstrata, das relações de ajuda mútua, de solidariedade social...” (RAICHELIS, 2006: 12-13).

O impacto dos Movimentos Sociais

O empenho das categorias na luta pela conquista de seus direitos eram consideradas no início do século XX como movimentos anárquicos, desnecessários e marginais ao longo do tempo, principalmente quando tais reivindicações de alguma forma remetessem ao poder vigente.

Diversos movimentos e lutas populares estão registrados desde o século XVIII e podem ser encontradas na obra de Gohn, onde a autora apresenta um mapeamento desses acontecimentos no Brasil, embora com ênfase nos estados nordestinos e São Paulo em uma de suas obras.

A mesma autora destaca que essa discussão sobre movimentos sociais é apresentada de forma constante na história política do país,. Entretanto, a conjuntura de um determinado período histórico é que irá evidenciar a natureza de tais movimentos; têm sido base de muitas ações coletivas, mobilizando valores e saberes gerando um aprendizado coletivo. Para Gohn, “os movimentos sociais constituem-se como um dos sujeitos sociopolíticos presentes no associativismo no Brasil porque eles foram, e ainda são, as bases de muitas ações coletivas no Brasil a partir de 1970” (2010:40).

Em outra perspectiva, os movimentos sociais “são frutos do desenvolvimento de uma sociedade complexa e contraditória, reproduzindo as características dessa sociedade” (SANTOS, 2008: 27).

A partir da perspectiva da Sociologia da Ação³, os movimentos sociais são conceituados como:

...agentes sociais envolvidos em um conflito pelo controle social dos principais padrões sociais, que são conhecimento, investimento e ética. Três componentes, I (identidade), O (oponente), T (totalidade), fornecem o paradigma que descreve analiticamente o campo de conflito, que é portanto compreendido em termos relacionais...Em outras palavras, o conflito social não deve ser separado das orientações culturais na análise de movimentos sociais (BOTTOMORE, OUTWAITE: 1996: 502).

Embora sejam perspectivas diferentes, na verdade convergem em sua gênese, visto que são iniciados por um grupo com interesses comuns, em determinado período histórico; onde a ação coletiva organizada articula-se e expressa por meio de manifestações públicas, documentos, instrumentos midiáticos, seus objetivos de luta e reivindicação frente ao poder político vigente.

O movimento social pró saúde organizou-se num período em que se iniciava o processo democrático no país com novos atores sociais, cujas reivindicações e propostas foram de fundamental importância para a transformação da política de saúde.

Nem sempre a saúde foi considerada ao longo da história como um “direito de todos e dever do Estado”, como aponta a Carta Magna de 1988 em seu artigo 196. O reconhecimento que todos os cidadãos têm esse direito fez parte de um contexto de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais, pois buscavam romper com as desigualdades sociais.

O período ditatorial é caracterizado pela historiografia por um privilegiamento do setor privado, mediante a compra de serviços de assistência médica, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios. Representou também o aumento das relações assimétricas do Estado por meio de ações expressivas, silenciando as contestações de seus opositores – a sociedade. Daí:

³ Trata-se de “uma perspectiva teórica elaborada e complexa sobre os movimentos sociais, que busca integrar várias abordagens em uma representação geral da vida social definida como a autoprodução conflitiva (TOURAINÉ, 1973). Nessa visão, o próprio centro da vida social é a luta permanente pelo uso das novas tecnologias e pelo controle social das próprias capacidades de transformação da realidade. Por esse motivo, os movimentos sociais, considerados agentes essenciais de conflito, são a importante preocupação dos cientistas sociais” (BOTTOMORES, OUTWAITE: 1996, 502).

O Estado se inscreve numa estrutura de dominação, mas não exerce todo o poder. Sua relação com os movimentos populares é assimétrica, mas não os contém como o continente guarda o conteúdo, podendo apenas contê-los como a barragem contém ou desvia a água (FALEIROS, 1986:28).

Assim, nem mesmo o posicionamento do Estado frente aos seus opositores, foi capaz de impedir o avanço das diversas representações sociais, de seus debates e próprio embate, iniciando na segunda metade da década de 1970 todo o processo que se tornaria irreversível; com a legitimação do acesso universal à saúde descrito e consagrado pela Constituição de 1988.

1970 – Ampliação da conjuntura política

A crise da política de saúde foi um significativo marco nesse período em função do esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia de alto custo e baixa efetividade. O aspecto financeiro também contribuiu para destacar a insatisfação dos usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde.

A natureza do regime político recebia maior importância e destaque do que o Estado (PAIM, 2008), faltando assim, aprofundamento nas questões voltadas para a formulação e implementação das políticas.

Essa década também foi marcada pela organização da sociedade civil, que em meio ao regime ditatorial, encontrava brechas para manifestação e em especial contestação, ainda que o espaço democrático fosse restrito. O Estado buscava definir novos rumos para legitimação do regime, apoiando-se o governo do então presidente Emílio Garrastazu Médici (1969-1974) no binômio segurança nacional/ desenvolvimento.

A crise na saúde foi caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços. As políticas racionalizadoras em saúde pública e a medicina previdenciária que se opunham ao autoritarismo vigente foram insuficientes para alterar as condições de saúde da população. A partir desse contexto, novas propostas foram construídas para a oferta dos serviços de saúde, com destaque para a ampliação da assistência pública em detrimento da compra por serviços privados. Esses cresciam de forma autônoma, embora recebessem subsídios governamentais.

Os altos índices de corrupção e gastos para a Previdência Social também expressaram esse conturbado período. Tais acontecimentos promoveram à constituição de um movimento político-ideológico, como afirma Menicucci (2007) que buscava um processo de reforma de maior impacto – o movimento sanitário. Inicialmente representava apenas ações isoladas que tomaram forma e ganharam sustentação política na década seguinte. Era a expressão de múltiplos interesses que convergiam nos aspectos da: universalização e da publicização da assistência à saúde.

Esses interesses caminhavam na contramão das perspectivas do regime político vigente, visto que o governo militar enfatizava uma medicina assistencialista e individual. Segundo Teixeira e Oliveira (1985), diversos setores da iniciativa privada entraram num processo de corrupção, e, na busca de superfaturamento, tinham iniciativas que desqualificavam os serviços de saúde, como: ênfase aos procedimentos cirúrgicos desnecessários, internações mais caras, equipe técnica limitada e equipamentos obsoletos eram algumas das práticas desenvolvidas.

Diante desse cenário político onde não havia mais espaço para ações autoritárias, visto o desgaste conjuntural do regime, emerge o movimento sanitário como um:

Conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995:48).

Um outro aspecto que merece destaque foi a aprovação sobre a participação da população para que as ações integradas obtivessem sucesso, como a implementação de programas de extensão, em especial das áreas rurais que receberam uma maior cobertura dos serviços de saúde.

A VI Conferência Nacional de Saúde ocorrida de 01 a 05 de agosto em 1977 ganhou destaque segundo Escorel (2005) pela abertura política e a discussão sobre a operacionalização das leis que foram aprovadas no campo da saúde pelo governo federal. As grandes endemias também foram alvos dos debates, entretanto, o humor que permeou as discussões não foi dos melhores, visto o posicionamento de alguns

representantes em relação ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde, que termina a Conferência sem ceder às proposições contrárias a ele.

Os movimentos sociais do final da década de 1970 em diante, representados por estudantes, profissionais da saúde, sindicatos e associação de moradores; entraram em cena numa conjuntura onde a saúde não interessava apenas aos técnicos da área, assumindo uma dimensão política. O Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979) tiveram fundamental importância para ampliação do debate em torno das questões políticas e democráticas sobre saúde; espaço em que os partidos de oposição elaboravam seus programas viabilizando os debates e articulações entre sociedade civil, Congresso e movimentos urbanos (BRAVO, 2006).

O avanço das discussões acerca da democratização da saúde no Brasil intensificou-se na 2ª metade da década de 1970, mas precisamente em 1975 quando foi criado o Sistema Nacional de Saúde pela lei 6229, definindo as competências dos seus componentes (PAIM, 2009).

Década de 1980 – o tempo que marcou a história da saúde

Em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde realizada de 17 a 21 de março, teve a atenção básica como principal temática. A regionalização e organização dos serviços de saúde nas unidades da Federação, o Plano Nacional de Saneamento recursos humanos, alimentação, educação continuada foram alguns dos temas discutidos. Como uma prévia do que estava por vir na VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento sanitário já mobilizava-se e ampliava seu debate em torno da reestruturação e principalmente, a democratização da saúde.

Entretanto, também houve alguns “ensaios” como o plano do Prev-Saúde que tinha como pressupostos básicos a hierarquização dos atendimentos, atendendo por nível de complexidade e a regionalização do atendimento por área e populações. O sistema de saúde implementado pelo governo sentiu na década de 1980 uma forte oposição,

encontrando na pauta do movimento sanitário: “a democratização do sistema, com participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização” (ESCOREL, S. et al., 2005:73)

A década de 1980 foi marcada também pela participação popular, propondo a ocupação dos espaços institucionais e a formulação de políticas de saúde, considerando a crise previdenciária em que o país se encontrava.

Com o agravamento da crise da Previdência Social em 1981, foi lançado um ‘pacote de previdência’. Esse tinha por objetivo, aumentar as alíquotas de contribuição, diminuir os benefícios dos aposentados e interferir na área de assistência médica, segundo Rodriguez Neto (2003).

Destarte, a Reforma Sanitária que envolveu um número expressivo de sujeitos sociais, representações sociais na luta por políticas públicas, encontrando na figura do sanitarista Sergio Arouca⁴ – presidente da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz um de seus maiores líderes; teve todo um processo histórico, cujo principal contexto, foram as diferentes manifestações de diversas organizações, na busca do direito à saúde de qualidade e com abrangência nacional.. Essas representações assumem a luta pelo exercício de cidadania, expressando assim, a estratégia de universalização dos direitos. O Estado torna-se passível de acolhimento de propostas dos grupos sociais reivindicatórios, espaço em que seu controle privado composto por um conceito de controle social, aumentado o poder de acesso desses movimentos.

Segundo Carvalho (1995), a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP em 1981, cujo objetivo era superar a crise das políticas setoriais experimentadas pelo Estado autoritário militarista, como da previdência e da saúde, resultou em desemprego e processo de recessão. O órgão de representação mista, não paritária entre Estado e sociedade deveria organizar a assistência médica, sugerindo

⁴ Antonio Sérgio da Silva Arouca - paulista de Ribeirão Preto, comunista histórico, médico sanitarista e doutor em Saúde Pública. Foi presidente da Fiocruz entre 1985 e 1989, presidente da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, eleito deputado federal e exerceu ainda as funções de secretário municipal e estadual de saúde do Rio de Janeiro. Extraído de entrevista à Revista RADIS em outubro de 2002.

critérios para racionalizar recursos previdenciários. Nesse processo, quatro grupos representavam interesses específicos numa arena de disputas, a saber: o modernizante privatista – que defendiam a medicina de grupo; o conservador privatista – lutava em prol do setor privado contratado; o estatizante – representado pelos técnicos ministeriais e da oposição e finalmente, o liberal- composto por parte dos técnicos e da medicina liberal.

De todas as Conferências de Saúde aqui já discutidas, a VIII Conferência Nacional de Saúde tornou-se o marco histórico que originou uma diversidade de pesquisas, sendo também, a base para todo o debate que esse estudo propõe. Esse evento que permeou as discussões sobre saúde e do próprio movimento sanitário teve seu início em 17 de março de 1986, agregou o número de 5.000 (cinco) mil participantes, representando os sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada segundo análise realizada por Rodriguez Neto (1988).

De acordo com Carvalho (1995), essa foi a Conferência de Saúde com características duplamente inéditas. Primeiro, porque jamais o poder executivo brasileiro havia convocado a sociedade civil para debater políticas governamentais; segundo, porque era um debate visando a formulação das políticas, diferenciando-se das anteriores cujo caráter era técnico e com inexpressiva representatividade.

A Reforma Sanitária enquanto fenômeno histórico e social, segundo destaca Paim:

...poderia ser analisada como idéia-proposta-projeto-movimento-processo: idéia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como um conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008:33).

Um dos exemplos de oposição, foi a criação num primeiro momento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, no qual seriam transferidos recursos para estados e municípios que instituíssem conselhos locais de saúde. Estes eram responsáveis pelo planejamento municipal na área da saúde. Os grupos privados demonstraram forte oposição ao SUDS, a saber: da burocracia central do INAMPS e da

base parlamentar do Partido da Frente Liberal (PFL). Essa oposição resultou na descontinuidade do novo sistema.

Na década de 1980 com o projeto de reforma sanitária há também uma significativa mudança na conjuntura da saúde. A questão assume uma dimensão política, onde diversos sujeitos começam a discutir sobre as condições de vida da população brasileira e as propostas governamentais. Por meio dessas articulações entre os movimentos sociais urbanos, debates no Congresso e outras entidades da sociedade civil algumas propostas se destacam, como: “a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde” (BRAVO, 2008, p. 96).

A elaboração da agenda reformista encontra na Constituição de 1988 um movimento contraditório em função do próprio movimento político em que estava inscrito. Ainda assim, a Carta expressa os resultados das lutas e dos movimentos sociais, dos partidos políticos e de outros segmentos. Traz consigo outras reformas, como: redemocratização, determinação dos mínimos sociais e afrouxamento do vínculo contributivo.

O texto constitucional atendeu a maioria das reivindicações do movimento sanitário, entretanto, nos anos 1990 pode-se ver a burocratização da reforma sanitária, segundo (TEIXEIRA, 1989). Nesse contexto, o Estado assume um posicionamento voltado aos interesses da Política de Ajuste Neoliberal, diminuindo suas funções, deixando de ser responsável pelo desenvolvimento econômico e social, assumindo o setor privado as funções dantes estatais.

O processo de privatização de empresas, a desregulamentação das relações de trabalho, a abertura do mercado produziram impactos relevantes na trajetória das políticas públicas, especialmente as de saúde que tiveram na década de 1990 um esvaziamento,

com a culpabilidade recaindo na condição vulnerável promovida pela nova situação política e econômica instaurada no país.

O processo de refilantropização, a criação de fundações, Organizações Não-Governamentais (ONGs), associações civis beneficentes, alteram toda rede de proteção social brasileira. É a estratégia para desconstrução da sociedade pública e coletiva em nome de uma ideologia neoliberal perversa, excludente e alienante. Fortalecendo assim o projeto saúde, arregimentado pela política de ajuste, pela busca de contenção dos gastos por meio da racionalização da oferta e a descentralização, cabendo ao Estado a garantia do mínimo àqueles em situação de vulnerabilidade rompendo com os princípios básicos do SUS – a universalização do acesso.

A seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em um único orçamento (BOSCHETTI, 2002).

Essa hegemonia neoliberal contribuiu para uma conjuntura hiperinflacionária como aponta Bravo (1999). Tais medidas de ajuste econômico agravaram a situação de emprego no país, reduzindo os direitos sociais e trabalhistas; precarizando o trabalho, causando o desmonte da previdência pública com o sucateamento da saúde e educação nos espaços representativos do coletivo, tornando o controle social fragilizado.

Nesse cenário econômico e politicamente conturbado, que o direito de participação da sociedade no controle social da saúde resulta numa importante mobilização e em 28 de novembro de 1990 foi regulamentada a criação dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera do governo. Essas foram criadas para representar um espaço na quais as vozes de diferentes setores da sociedade fossem ouvidas como um dos exercícios de cidadania. Por Conselho de Saúde, segundo Labra :

...são espaços deliberativos integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais...Configuram um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural cuja abordagem exigiria elaborações teóricas e conceituais, incursões históricas e fundamentações empíricas que, no pano mais geral, têm a ver com as transformações de toda ordem ocorridas nas relações entre Estado e

sociedade no país, sob a influência de fatores internos e externos... (LABRA, 2005:353).

Entre a legitimação e o recuo – anos 1990

O governo do presidente Itamar Franco (1992-1995), encontrou como maiores desafios: o enfrentamento do processo inflacionário e o combate a corrupção. Segundo Faleiros (1995), o presidente não conseguiu superar as crises estruturais que marcaram o governo de seu antecessor, a saber: a crise financeira, do pacto federativo e a da reestruturação da gestão das políticas sociais, especialmente a saúde.

De acordo com Carvalho (1995), dados da pesquisa que avaliou em 1993 os conselhos de saúde, foram cadastrados no Conselho Nacional de Saúde – CNS, 27 conselhos estaduais e 2.108 conselhos municipais – cerca de 42% dos municípios (4.973 no total). Em relação ao orçamento, o CNS exigiu a comprovação da existência dos conselhos e fundos estaduais, alertando para um processo punitivo em caso de irregularidades.

O governo do presidente Itamar Franco possibilitou uma interlocução com os movimentos sociais e propiciou importantes avanços na área de saúde no processo de participação e descentralização.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198, define sobre a participação direta da comunidade. Assim, em 1990 as leis nº 8.040 e nº 8.142 foram promulgadas, definindo sobre a participação social em cada esfera governamental, a saber: Conselho de Saúde e Conferência de Saúde. A lei nº 8.142 conceitua Conselho de Saúde como:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões será homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, inc. 2º).

O mesmo artigo no inciso 4º deixa claro sobre a representação nas Conferências e Conselhos de Saúde que devem ser paritárias. Nesse caso, 50% das vagas deverão ser ocupadas pelos representantes da sociedade civil organizada e a outra metade por

representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde. Já a Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992 redefine a composição, ficando assim: 50% usuários, 25% profissionais de saúde e 25% representantes do governo e prestadores de serviço.

Já como Conferências de Saúde, a Lei nº 8.142 define em seu artigo 1, parágrafo 1º:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (1990:1).

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde, no dia 04 de novembro, criou a Resolução 333 aprovando: “Diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos e Saúde”. Essa norma aponta para a efetivação da participação da sociedade civil organizada. Define o tempo de mandato do conselheiro que deve ser de dois anos, podendo reeleger-se. Aborda sobre as reuniões que devem ser abertas ao público e com frequência mínima de uma vez ao mês. Para sua efetivação, o governo deve viabilizar a autonomia do CS, prevendo dotação orçamentária.

O controle social tem sido historicamente como o controle do Estado ou do empresariado sobre as massas; ou seja, entendido no seu sentido coercitivo sobre a população. Porém, a CF deixa claro que essa participação da população deve ser na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Como aponta Carvalho (1995), há quatro momentos distintos: o estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado.

O último período a ser abordado pela historiografia é o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1999), período em que as plenárias de saúde foram estruturadas e os conselhos passaram a ter uma articulação mais efetiva: a luta pelo direito à saúde e pela implementação do SUS em sua integralidade.

Segundo Soares (2000), durante o referido mandato, houve um reordenamento do Estado embasado no ajuste fiscal e na fragmentação e desmonte das políticas de garantia de direitos. O “novo Estado” foi produzido por um sistema neoliberal, cuja minimização do Estado, a mundialização do capital e as grandes empresas ditando as regras do mercado. Fernando Henrique Cardoso afirmou: “a globalização também tem contribuído para alterar o papel do Estado: A ênfase da ação governamental está agora dirigida para a criação e a sustentação de condições estruturais de competitividade em escala global”. (Cardoso, 1996:42)

Na perspectiva dos movimentos sociais em prol da saúde como direito social por meio do SUS e sua respectiva institucionalização, houve um reorganização da participação, integrando-se conselhos e plenárias durante o primeiro mandato de Fernando Henrique.

Em 13 de setembro de 1995, a Carta da Plenária Nacional de Saúde realizada em Brasília, destaca:

...o direito à saúde consagrado na Constituição Federal de 1988, dentro de capítulo da Seguridade Social, bem como a sua forma institucional corporificada no Sistema Único de Saúde, estão sendo ameaçados de diferentes maneiras pelo governo. (Plenária Nacional de Saúde, 1995:1)

O encerramento das atividades da Plenária Nacional de Saúde houve uma movimentação para criação de uma instância de conselheiros de Saúde, e ficou denominada posteriormente como Plenária Nacional de Conselhos de Saúde em 1994. Sua criação foi realizada em 25 de abril de 1995, em Salvador, Bahia no Congresso Nacional de Conselhos de Saúde. O objetivo principal de ambas era a defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. A primeira Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu em 19 de novembro de 1996, em Brasília/DF.

Sergio Arouca em entrevista faz algumas avaliações sobre o período, lamentando o abandono do conceito de Reforma Sanitária e acrescenta: “o conceito de saúde-doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura e temos que discutir saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente...” (AROUCA, 2002:18-21).

Considerações Finais

O processo de reivindicações em busca da garantia dos direitos não se encerra nesse período. Não é por acaso que continua. A realidade dos estados e municípios brasileiros no final da década de 1990 não sofreu mudanças tão significativas assim. Isso porque o SUS ainda que pressuponha universalização do acesso e integralidade das ações; não conseguiu na referida década toda essa abrangência, apresentando diferenças significativas no que se refere a acessibilidade aos serviços de saúde. A historiografia tem demonstrado que os múltiplos e complexos interesses que envolvem a luta por uma saúde de qualidade ainda permanecem no século XXI.

Referências Bibliográficas

ARÓSTEGUI, J. **A pesquisa histórica: teoria e método** / Julio Aróstegui; tradução Andréa Dore; revisão técnica José Jobson de Andrade Arruda. – Bauru, SP: Editora DUSC. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. 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. <http://www.saude.gov.br/legislacao>>. Acesso em 13 mar. 2011.

_____. 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 de saúde e dá outras providências. <http://www.saude.gov.br/legislacao>.>. Acesso em 13 mar. 2011.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? in: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BOTTOMORE, T.; OUTHWAIT, W. (org.) _ **Dicionário do Pensamento Social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil in: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE, 1995.

CONDÉ, E. S. **Teoria e cultura**: Revista do Mestrado em Ciências Sociais da UJFJF/ Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Centro de Pesquisas Sociais. v. 1., n. 1 – Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 77. 2006

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº. 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “**Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde**”. <http://www.conselho.saude.gov.br>. >. Acesso em 13 mar. 2011.

COSTA, Ricardo César da Rocha (2002). “**Descentralização, Financiamento e Regulação: A Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil Durante a Década de 1990**”, *Revista de Sociologia e Política*, nº. 18, junho 2002, pp.49-71.

FALEIROS, V. P. **Estado e massas na atual conjuntura**. Sociedade e Estado: revista do Dpto de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n.1, p.28, 1986.

_____ A reforma do estado no período FHC e as propostas do governo Lula in: Faleiros, Vicente de Paula et al. *A era FHC e o governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004.

GERSCHMAN, S. Sobre a formulação de políticas sociais in: Teixeira, Sônia Fleury et al. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva, 2006.

GOHN, M. G. **Movimentos Sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

HOCHMAN, G. (org.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MENDONÇA, S. R., FONTES, V. M. *História do Brasil recente 1964-1992*, 4.ed. São Paulo, Ática, 1996.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processo e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RODRIGUES NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SANTOS, R. B. **Movimentos sociais urbanos**. São Paulo: UNESP, 2008.

TEIXEIRA, S. M. & OLIVEIRA, J. de A. **A (In) Previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

TEIXEIRA, S. F. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. Teixeira. S. F. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.