

O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde



O SUS e a efetivação do direito humano à saúde

3ª edição
Passo Fundo
2026



Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhada 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) de Creative Commons. De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada.

Edição, projeto gráfico e diagramação: EAB Editora;
Revisão: Araceli Pimentel Godinho;
Ilustrações: Alexandre de Oliveira - StudioOne;
Descrições textual alternativa de imagens: AMA Acessibilidade (Audiodescritora e Roteirista: Iana Melo);
Consultoria em Audiodescrição: Camila Aragão)

Texto: Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP);
Colaboradores: Eliane Aparecida da Cruz, Fernando Antônio Gomes Leles, Henrique Aniceto Kujawa, Jorge Alfredo Gimenez Peralta, Nara Aparecida Peruzzo, Paulo César Carbonari e Valdevir Both.

Conselho Nacional de Saúde (CNS);
Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B;
CEP: 70058-900 – Brasília – DF;
Site: conselho.saude.gov.br.

Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS);
Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B;
CEP: 70058-900 – Brasília – DF;
Site: conselho.saude.gov.br.

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP);
Endereço: Rua Anibal Bilhar, 865, Vila Lucas Araújo;
CEP: 99074-470 – Passo Fundo – RS;
E-mail: ceap@ceap-rs.org.br;
Site: www.ceap-rs.org.br.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS);
Endereço: Setor de embaixadas Norte, Lote 19;
CEP: 70800-400 – Brasília – DF;
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org;
Site: www.paho.org/bra.

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte:

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
O SUS e a efetivação do direito humano à saúde / Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP).
-- 3. ed -- Passo Fundo, RS: Saluz, 2026.
140 p., il. color.; 20x21 cm
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN: . 978-65-85133-55-5
1. Direitos humanos 2. Saúde - Aspectos sociais
3. Saúde pública 4. SUS (Sistema Único de Saúde) Título.
CDD: 362.10981 / CDU: 614
Índices para catálogo sistemático:
1. Brasil : Sistema Único de Saúde : Bem-estar social 362.10981
Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

Editora Acadêmica do Brasil Editoração e Diagramação LTDA - EAB Editora
Endereço: Rua Senador Pinheiro, 350 – Sala 01 – Bairro Vila Rodrigues;
CEP: 99070-220 – Passo Fundo – Rio Grande do Sul – Brasil;
Site: www.eabeditora.com.br, E-mail: contato@eabeditora.com.br

Sumário

Palavras da Presidenta do CNS

Palavras da coordenadora da CIEPCSS

Apresentação

Parte1: Conceitos de “saúde”

Capítulo 1: Considerações iniciais

Capítulo 2: Conceitos de “saúde” e modelos de sociedades

Capítulo 2.1: Capitalismo industrial

Capítulo 2.2: Socialismo

Capítulo 2.3: Estado de Bem-Estar Social

Capítulo 2.4: Neoliberalismo

Capítulo 3: Saúde como direito humano x saúde como mercadoria

Parte 2: História das políticas de saúde no Brasil

Capítulo 1: Considerações iniciais

Capítulo 2: Contexto 1 – Saúde para garantir o comércio e a imigração

Capítulo 2.1: Combate às epidemias

Capítulo 2.2: O cuidado à saúde como responsabilidade unicamente individual

Capítulo 2.3: Oferta da assistência à saúde aos pobres como caridade

Capítulo 3: Contexto 2 – Saúde para proteger a mão de obra

Capítulo 3.1: As Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs)

Capítulo 3.2: Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)

Capítulo 3.3: Instituto Nacional de Previdência Social

Capítulo 4: Contexto 3 – Saúde como um bom negócio para ganhar dinheiro

Capítulo 5: Contexto 4 – Movimento da Reforma Sanitária: a construção de um novo modelo de saúde

Parte 3: Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e financiamento

Capítulo 1: Considerações iniciais

Capítulo 2: Os princípios do SUS

Capítulo 2.1: Universalidade

Capítulo 2.2: Integralidade

Capítulo 2.3: Equidade

Capítulo 3: Diretrizes organizativas do SUS

Capítulo 3.1: Regionalização

Capítulo 3.2: Hierarquização

Capítulo 3.3: Descentralização

Capítulo 3.4: Racionalização e resolução

Capítulo 3.5: Complementaridade do setor privado

Capítulo 3.6: Participação da comunidade

Capítulo 4: Financiamento do SUS

Parte 4: Participação social

Capítulo 1: Considerações iniciais

Capítulo 2: Democracia

Capítulo 3: Participação e controle social na saúde

Capítulo 3.1: Instâncias oficiais de controle social na saúde

Capítulo 3.2: Financiamento do controle social

Capítulo 4: Ciclo orçamentário e instrumentos de planejamento no SUS

Capítulo 4.1: Plano Municipal de Saúde

Capítulo 4.2: Relatório de gestão

Capítulo 4.3: Programação Anual de Saúde

Capítulo 4.4: DigiSUS Gestor – módulo planejamento (DGMP)

Capítulo 5: Três décadas de participação e controle social na saúde

Parte 5: Educação Popular e processos formativos de fortalecimento do SUS

Capítulo 1: Considerações iniciais

Capítulo 2: Entendendo o significado de multiplicação em processos formativos populares

Capítulo 3: O que se espera com a multiplicação em processos organizativos

Capítulo 4: Fazendo a multiplicação

Capítulo 4.1: Preparando um encontro de multiplicação

Capítulo 4.2: Mobilização e sensibilização

Capítulo 4.3: Objetivo

Capítulo 4.4: Temática

Capítulo 4.5. Organização e coordenação

Capítulo 4.6. Encaminhamentos e pactuações

Materiais consultados na construção da cartilha

Subsídios de aprofundamento

Palavras da Presidenta do CNS

É com grande entusiasmo que celebramos mais um ano de realização do Projeto Participa+, resultado da profícua parceria entre Conselho Nacional de Saúde (CNS), Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao oferecer ações formativas diversificadas como oficinas presenciais, rodas de conversa virtuais, cursos de ferramentas virtuais, campanhas e pesquisas sobre participação e controle social no SUS, o Participa+ contribui decisivamente para o processo de formação e empoderamento de lideranças e pessoas conselheiras de saúde em todos os níveis: local, municipal e estadual.

Desde 2016 o projeto tem alcançado um impacto expressivo em todo o território nacional; em sua quarta edição, realizada em 2024, envolveu representantes de 1.036 municípios, promovendo o revigoramento dos Conselhos de Saúde e ampliando o debate sobre temas essenciais.

Em 2025, o Participa+ amplia ainda mais sua abrangência, reafirmando o compromisso com a interiorização e a democratização do acesso à formação em saúde. A iniciativa reforça a importância de uma educação permanente que conscientize agentes sociais a exercerem seu papel de controle social de forma efetiva,

contribuindo para a consolidação de um SUS mais democrático, transparente e participativo.

O Conselho Nacional de Saúde defende e trabalha, por meio da Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS), no investimento para a formação contínua e a educação permanente em saúde como fundamentais para garantir que o SUS continue sendo um sistema de saúde público, universal e de qualidade, construído com a participação ativa da sociedade brasileira.

Neste sentido, acreditamos também que esta cartilha possa subsidiar e estimular a percepção de conselheiras e conselheiros de saúde para a relevância da Política Nacional de Educação Permanente no Controle Social do SUS, consagrando o fortalecimento do controle social no SUS vinculado a uma formação contínua, que qualifique sujeitos sociais a exercerem suas funções de forma crítica, participativa e informada.

Assim, a educação permanente em saúde segue como uma ferramenta indispensável para ampliar o debate, promover o protagonismo social e garantir que as vozes da população sejam ouvidas e consideradas na formulação e fiscalização das políticas de saúde no Brasil. Viva o SUS, viva a participação democrática!

Boa leitura e bons estudos.

Fernanda Magano

*Presidenta do
Conselho Nacional de Saúde (CNS)*

Palavras da coordenadora da CIEPCSS

A Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS) é uma entre 19 comissões instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua atuação é fundamental no assessoramento ao Pleno do CNS, contribuindo para o debate, a formulação e o acompanhamento das políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPCSS), aprovada pela Resolução CNS número 363, de 11 de agosto de 2006.

A CIEPCSS é composta por 34 integrantes, sendo 19 titulares (incluindo a coordenação) e 15 suplentes, respeitando uma composição que contempla, de acordo com o Regimento Interno, as representações - de Entidades e Movimentos Sociais de Usuários do SUS; Entidades Nacionais de Profissionais de Saúde/Comunidade Científica na Área da Saúde; Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde e das Nacionais com Atividades na Área da Saúde e Segmento do Governo Federal - que compõem o Conselho Nacional de Saúde.

A Comissão possui um caráter transversal, pois a educação permanente não se limita a momentos pontuais

de aprendizado, mas acontece no cotidiano das práticas sociais, na atuação de conselheiras e conselheiros de saúde e lideranças de movimentos sociais como sujeitos políticos, cuja responsabilidade é lutar pela defesa do SUS, da democracia e da saúde como um direito humano, garantindo assim que os princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade, integralidade e participação social – sejam protegidos e ampliados.

Nesta perspectiva, desde 2016, o CNS, por meio da CIEPCSS, vem desenvolvendo, em parceria com o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), um projeto de formação para conselheiras e conselheiros e lideranças de movimentos sociais em todo o território nacional. Esse projeto, desde sua terceira edição, passou a chamar-se Participa+, e tem como objetivo principal a formação de sujeitos multiplicadores, participantes das oficinas com o compromisso de mobilizar a população nos territórios, compartilhando aprendizados e saberes e contribuindo para o fortalecimento do controle social na saúde; ademais, também de articular uma rede nacional de educação permanente que viabilize o intercâmbio de conhecimentos e estratégias entre conselheiras e conselheiros e lideranças sociais em todo o País.

Estamos iniciando uma nova etapa dessa estratégia de formação/educação permanente, construída coletivamente com um conjunto de pessoas que, como nosso grande mestre Paulo Freire (2000, página 31), acreditam que, “se a educação sozinha não transforma a sociedade; sem ela, tampouco, a sociedade muda”. Para dar concretude a esse propósito, um dos recentes avanços importantes do projeto foi a descentralização

das oficinas, capilarizando-as para as regiões de saúde, interiorizando cada vez mais esse processo, aproximando-se de territórios onde a vida das pessoas acontece. Essa mudança é essencial para alcançar um maior número de lideranças locais, respeitando as especificidades culturais, sociais e econômicas de cada região e fortalecendo o controle social de forma mais ampla e efetiva.

O fortalecimento da democracia participativa e do SUS ainda apresenta desafios importantes dadas as constantes tentativas de privatização do SUS, exigindo de cada um e cada uma de nós engajamento na luta em defesa de um sistema de saúde público com forte e robusta participação da sociedade. Diante desse cenário, a CIEPCSS reafirma seu compromisso estratégico com a educação permanente para o controle social no SUS como dispositivo de transformação, de reflexão, de valorização e de construção de conhecimento.

Com a elaboração cuidadosa desta cartilha de formação, consolidando mais uma ferramenta pedagógica, espera-se contribuir ao aprofundamento das discussões sobre a relação entre modelos de sociedade, a concepção de saúde e sua efetivação como um direito humano fundamental. Além disso, busca-se incentivar a participação ativa e consciente da população em espaços de participação e controle social, contribuindo para uma democracia cada vez mais sólida e participativa.

Nosso desejo é que este material inspire pessoas a refletir, compartilhar saberes, trocar experiências e mobilizar corações e mentes na defesa de um SUS público, de qualidade, acessível e inclusivo. A luta pela saúde é uma luta de todas as pessoas pela vida e somente em conjunto

poderemos construir um Brasil mais justo e solidário.
Boa leitura!

Sueli Barrios

*Coordenadora da Comissão Intersetorial de Educação
Permanente para
o Controle Social do SUS (CIEPCSS)*

Apresentação

“A saúde é um direito de todas e todos
e um dever do Estado.”

Constituição Federal de 1988

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce da organização e luta da população brasileira por direitos sociais e por uma sociedade mais justa e democrática. A 8ª Conferência Nacional de Saúde é um marco importante desta luta; com ampla participação popular, aprovou o relatório que serviu de base para a construção dos artigos sobre saúde da Constituição Federal de 1988. É por isso que afirmamos que a participação social é um dos pilares do SUS, que se normatiza nos espaços institucionais dos conselhos e conferências, e também por outras formas de organização não institucionais. Contudo, desafio constante para efetivar e ampliar a participação social é garantir que a população tenha condições para participar da construção e efetivação das políticas do SUS. Para isso, é importante colaborar na qualificação de entidades, organizações e lideranças que integram os espaços de luta pelo direito humano à saúde, por meio da formação.

Pretendendo contribuir com a construção democrática brasileira e a luta pelo direito humano à saúde, em 2016, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para

o Controle Social do SUS (CIEPCSS) e do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), iniciou a execução do Projeto Participa+, inicialmente denominado “Formação para o controle social no SUS”.

Desde o início, buscou manter diálogo entre a democracia e o SUS, numa firme convicção de não haver democracia sem a garantia e a realização do direito humano à saúde, ao mesmo tempo que não há a garantia e realização do direito humano à saúde sem democracia. E, neste sentido, o projeto objetiva “Qualificar a ação de conselheiras e conselheiros de saúde e lideranças sociais através de processos formativos e o fortalecimento institucional de espaços de participação e controle social no SUS”,

Sua estruturação metodológico-política é oriunda de duas experiências históricas (a proposta da Escola de Participação Popular e Saúde e os processos formativos para fortalecimento do controle social desenvolvidos pelo Centro de Educação Popular (CEAP) na região Sul do Brasil), somadas à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e às diretrizes e políticas resultantes das discussões e formulações dos espaços institucionais do controle social do SUS sobre a urgente necessidade de realização de processos de formação para conselheiras e conselheiros de saúde.

Desde então, chegamos, em 2025, na quinta edição do Participa+. Realizamos nesse período: oficinas de formação para conselheiras, conselheiros e lideranças sociais; cursos de ferramentas virtuais; pesquisa sobre

participação social; encontros formativos para Comissões de Educação Permanente dos estados; elaboração de diversos materiais educativos, inclusive este cuja edição atualizada estamos publicando; rodas de conversas; GTs para discutir temas como práticas anticapacitistas em processos formativos do controle social, potencialidades e desafios da formação virtual, avaliação de impacto de projetos sociais, sistematização de práticas de participação social, sistematização de práticas de Educação Popular em ambientes virtuais.

Os resultados do projeto só foram possíveis porque decorreram de uma dinâmica política e pedagógica construída a muitas mãos. Diversas pessoas e organizações se envolveram para ajudar a construir e implementar todas as edições do projeto; destacam-se: CNS, CIEPCSS, OPAS, CEAP, Fórum DH Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Comissões Estaduais de Educação Permanente. Sem isso, seria muito difícil implementar um projeto em todas as Unidades Federadas, tanto pela grande abrangência territorial quanto pela rica diversidade cultural no Brasil.

Essa experiência reafirma a necessidade e a importância de processos formativos para o controle social e lideranças sociais a fim de fortalecer a luta pelo direito humano à saúde no Brasil; também, ratifica a importância de conceber a formação articulada com processos organizativos e com metodologia de multiplicação.

Para subsidiar esse processo formativo, foram elaborados vários materiais educativos, como audiovisuais, podcasts, pequenos vídeos, subsídios textuais – a fim de constituírem-se instrumentos tanto da formação como da multiplicação do processo. A atualização da cartilha é

resultado do próprio processo formativo, das reflexões e dos saberes trocados nas oficinas de formação. Por isso, esperamos que a cartilha contribua ao fortalecimento de espaços e dinâmicas organizativas populares para que possam sustentar as lutas pelo direito humano à saúde, fortalecendo a atuação institucional, mas ampliando a atuação para além dos espaços institucionais do SUS.

A cartilha usa linguagem simples e ilustrações que facilitam, à leitora e ao leitor, dialogar com as complexidades existentes na luta pelo direito humano à saúde no Brasil. Acreditamos que a participação social fica mais forte e tem mais qualidade quando as pessoas compreendem as estruturas e dinâmicas da sociedade. Precisamos ajudar a população a dar-se conta de que o SUS é público, comum, de todas e todos. Por isso, de cada pessoa; que é resultado da luta permanente pela garantia do direito humano à saúde; e, ainda mais, que fazer o SUS ser realizado e melhorado é parte da luta em sua defesa – que deve ser contínua e permanente.

Para que essa compreensão se enraíze, a população precisa saber dos diversos jogos de interesses e das disputas ideológicas que permeiam o campo da saúde. Precisa identificar as correlações de forças e, dessa maneira, entender por que nem sempre o interesse público está em primeiro lugar. Em resumo, o grande desafio é aprender que direitos são conquistas que vão sendo garantidos e melhorados através da pressão, da mobilização, da luta e da organização social. Direitos não são “privilégios” nem “presentes” concedidos por governos “bondosos”.

Estruturamos esta cartilha em cinco grandes partes. A primeira quer ajudar a entender que, para compreender

a saúde, é necessário pensar o todo da sociedade. A seção convida para refletir sobre as disputas ideológicas presentes nos conceitos de “saúde”, e provoca ao debate sobre a relação entre os conceitos de “saúde” e as concepções de Estado. A segunda parte retoma a história da política pública de saúde no Brasil reconstruindo os tensionamentos presentes na construção do SUS. A terceira parte problematiza o que é o SUS, seus princípios, diretrizes e traz uma breve problematização sobre um dos grandes desafios do SUS: o financiamento. A quarta parte é dedicada à participação social. Na quinta, e última parte, o assunto é multiplicação e processos formativos de fortalecimento do SUS: procurar-se-á apontar algumas perspectivas para contribuir no processo de multiplicação para a defesa e o fortalecimento da luta pelo SUS. Além disso, ao final de cada capítulo, é apresentado, de forma ilustrada, um mapa mental respectivo.

Desejamos que esta cartilha seja um instrumento que contribua ao fortalecimento da participação social e que nos desafie continuamente para seguirmos conjuntamente sonhando este sonho: o sonho-SUS.

*Centro de Educação e
Assessoramento Popular (CEAP)*



Parte1: Conceitos de “saúde”

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É importante ressaltar que, quando falamos em conceitos de “saúde”, no plural, estamos tratando de um tema bastante complexo, por todas as questões históricas, sociais, culturais e sanitárias que tal concepção envolve. Os conceitos de “saúde” não existem em estado puro na sociedade, de modo que não existe somente um conceito de saúde num determinado tempo histórico, mesmo que muitas vezes um se imponha sobre os demais.

Então, quando falamos em conceitos de “saúde”, nos referimos às diferentes formas como as pessoas e

as coletividades entendem a saúde num determinado contexto e que nada mais são que a expressão das suas ideologias ou visões de mundo.

Neste material, abordaremos dois conceitos de “saúde” que estão em permanente disputa no Brasil e que incidem diretamente no fortalecimento ou na precarização do SUS: por um lado, o conceito de saúde do SUS que compreende a saúde como direito humano; por outro, o conceito neoliberal de saúde que compreende saúde como mercadoria, como possibilidade de fazer negócios.

Esses dois conceitos de “saúde” estão intimamente ligados a modelos de sociedade. Assim como os conceitos de “saúde”, os modelos de sociedade também são complexos e históricos. Mas, simplificando para entendermos, modelos de sociedade são formas de organizar social, cultural, política e economicamente uma sociedade. E, a depender de como entendemos essa organização, a compreensão da função do Estado e sua responsabilidade para a garantia e financiamento das políticas públicas altera. Por exemplo, como veremos a seguir, num modelo de sociedade neoliberal, a responsabilidade do Estado no financiamento e na garantia dos direitos sociais é mínima, e o SUS como política pública de saúde não se sustenta.

No próximo bloco, descreveremos de forma rápida quatro modelos de sociedade – capitalismo industrial, socialismo, Estado de Bem-Estar Social e neoliberalismo – e a compreensão de saúde que dali emerge, estabelecendo relações com os dois conceitos de “saúde” enunciados anteriormente. A abordagem não tem a pretensão de detalhá-los; parte-se do pressuposto de que nenhum deles se constituiu em “estado puro” e que, por isso, não

há “superação” completa de um modelo pelo outro: eles podem estar coexistindo/convivendo um com o outro ou com outras perspectivas não tematizadas aqui. A abordagem preferencial desses quatro modelos tem a pretensão de construir pistas de leitura e de ação para o período atual da luta pelo fortalecimento e defesa do SUS.

Cuidado! Não pense que esteja entrando em um trem e que em cada modelo se faça uma parada, isolada das outras; nem mesmo que o último modelo descrito significa o ponto de chegada. Eles são modelos fundamentados ideologicamente e estão constantemente em disputa na sociedade, patrocinados ou defendidos por uns ou por outros agentes sociais, mesmo que, em cada momento, um possa se mostrar mais forte e mais hegemônico do que os outros.

CAPÍTULO 2: CONCEITOS DE “SAÚDE” E MODELOS DE SOCIEDADES

Capítulo 2.1: Capitalismo industrial

Os séculos XVII e XVIII foram marcados por profundas transformações na Europa. Na economia, a invenção da máquina a vapor e da indústria, aliada ao grande êxodo forçado de pessoas trabalhadoras rurais para os centros urbanos, produziu o capitalismo industrial. O capitalismo é um modelo de desenvolvimento e de sociedade que prioriza o aumento e o acúmulo de capital somente para um pequeno grupo que detém os meios de produção. São parte dos meios de produção capitalista dos séculos XVII e XVIII as esteiras, as máquinas e as estruturas industriais que ajudaram os seus donos a acelerar e ampliar os lucros.

Para que esse sistema funcionasse, era necessária muita mão de obra disponível e de baixo custo. Na lógica de capitalistas, os preços são determinados pela oferta e demanda: quando há muita demanda, o valor da oferta aumenta; quando há muita oferta e pouca demanda, o valor da oferta baixa. Nesse caso, a mão de obra para as indústrias era uma demanda: necessitava-se de pessoas trabalhadoras, do contrário as indústrias não funcionariam. As pessoas trabalhadoras eram fator decisivo nesse cálculo, sobretudo o valor pago pelo seu trabalho: maior remuneração equivalia à redução na taxa de lucro, e vice-versa. Por outro lado, era necessário fazer com que as

trabalhadoras e os trabalhadores precisassem da indústria, criando a sensação de que essa era sua única alternativa. Para ajudar nesse processo, foi “criada” a crise no campo, forçando pequenos agricultores a venderem suas poucas terras para grandes proprietários que produziam a matéria-prima, como a lã, por exemplo. Sobrou para ex-agricultoras e ex-agricultores o trabalho assalariado oferecido pelos donos das indústrias como “a grande” alternativa para sua subsistência. Se antes a sua subsistência vinha da terra, agora vinha do salário pago pelos donos das indústrias.



A promessa foi de que a vida urbana seria o lugar da liberdade e da felicidade, uma vez que seus contextos de vida eram de exploração e dependência de quem detinha os feudos. Somado a isso, o trabalho no campo ainda não incorporava as tecnologias já utilizadas na produção industrial. O significado de “liberdade” construído nesse contexto é fundamental, pois ainda tem influência atualmente. John Locke, importante teórico do século XVII, dizia ser a liberdade, ao lado da vida e da propriedade, o direito mais importante. Para ele, a liberdade só se efetivava individualmente. Acreditava que a felicidade é fruto da afirmação dos interesses do indivíduo, concepção que está na base do individualismo predominante até hoje. A sociedade, fundada por um pacto entre humanos e não por herança ou decreto divino, deve estar, segundo ele, a serviço do indivíduo, bem como a natureza, a economia, o Estado, as políticas públicas.



Nesse contexto, ocorre uma grande transformação cultural, pois a lógica de organização da vida, das relações sociais e econômicas, aquilo que até então acontecia no campo, passou à lógica urbana, marcada pelo controle do tempo (“sem tempo”), pela disciplina do trabalho, pela alta carga de trabalho, pelas péssimas condições de moradia, além do egoísmo, do individualismo e da competição. Liberdade e felicidade são sentimentos individuais que cada um deve conquistar, por mérito seu e para si, desconstruindo a noção de que a liberdade e a felicidade estariam na coletividade – é a fábula das abelhas do Mandeville: se cada uma faz sua parte, buscando satisfazer seus próprios interesses privados, todas as pessoas ganham (“vícios privados, benefícios públicos”), esquecendo-se de que as abelhas são operárias sob o comando da “rainha” e que, para que produzam o mel, polinizam milhares de flores de modo colaborativo.

A servidão, tida como legítima no período feudal, passava, aos poucos, a ser substituída pela vida assalariada. Essa situação aumentava a concorrência entre trabalhadoras e trabalhadores e diminuía a necessidade de valor a ser pago pelo trabalho realizado (lei da oferta e da demanda). Sugerimos a leitura do livro de Leo Huberman intitulado *A História da riqueza do Homem* (1986), que mostra como se deu essa transição e, principalmente, como o dinheiro tornou-se capital.

SAIBA MAIS: UBUNTU

Diferente da concepção capitalista, para os povos de língua Bantu da África do Sul, berço da humanidade, o imperativo ético é o ubuntu, que significa “sou porque nós somos”. A ênfase está no “nós”, portanto, na relação, que inclui uma cosmovisão integrativa com o divino (Oludumarê/Nzambi/Deus, Ancestrais/Orixás), a comunidade de humanos e a natureza (seres animados e inanimados).

Uma consequência possível dessas concepções distintas é o conceito de “proteção social e saúde”. Para o individualismo moderno ocidental, estou protegido e tenho saúde caso o meu corpo individual esteja bem. Para o ubuntu, estou protegido e tenho saúde caso o coletivo esteja bem, ou seja, se o contexto no qual vivo promove a nossa saúde.

No período, pessoas trabalhadoras, incluindo mulheres e crianças, eram submetidas a uma dura disciplina, e sua jornada de trabalho chegava a 16 horas por dia. Suas condições de vida eram péssimas: comiam mal, suas moradias eram precárias, dormiam pouco e o ambiente dentro das indústrias era muito perigoso. Submetida a essas condições, a população tinha sua saúde precarizada; as pessoas passavam por grandes sofrimentos, o que resultava numa expectativa de vida muito baixa.



Não existiam políticas públicas para atender as demandas de saúde das pessoas e garantir-lhes qualidade de vida. Afinal, construiu-se a ideia de que o papel de garantir a saúde era de cada indivíduo e de sua família. O máximo a que se chegou foram algumas políticas para garantir que a mão de obra estivesse em condições plenas para o funcionamento da indústria, sem que isso significasse custo para proprietárias e proprietários – diferentemente da concepção que temos no SUS de “sistema universal” e que compreende a saúde como um bem coletivo e como um direito humano.

Num contexto em que a saúde é de responsabilidade individual, além de as pessoas precisarem dar conta das suas condições de saúde, elas também são responsabilizadas quando sofrem um acidente de trabalho ou adoecem em decorrência dele, desconsiderando-se as condições do ambiente de trabalho, como retratado no caso do famoso filme de Charles Chaplin *Tempos Modernos*.

O Estado, que para essa ideologia capitalista deve ser mínimo, seria responsável apenas pelos chamados direitos civis e políticos (protegendo a propriedade, a liberdade, a garantia de votar e ser votado...). Não deveria se ocupar nem gastar seu orçamento com a garantia dos direitos sociais (saúde, saneamento básico, moradia, alimentação, educação), bem como não deveria ditar as regras da economia, que ficaria com o mercado. Como liberais, diziam que o Estado sempre governa demais e, com isso, atrapalha o bom funcionamento da economia e da sociedade. Afirmavam que as regras que faziam a economia capitalista funcionar se davam “naturalmente” no próprio jogo, a famosa “mão invisível” proposta por

Adam Smith.

Além disso, não se permitia que a população almejasse o poder, muito menos o controlasse. Isso porque, numa democracia representativa, o “governo” é escolhido pelo voto e naquele período nem todas as pessoas tinham direito ao voto – pessoas analfabetas e mulheres não podiam votar, por exemplo. Logo, a representatividade não era do povo, mas de uma parte dele. Além disso, a falta de informações das ações do Estado, mesmo que já tivéssemos grandes meios impressos e rádio (ao final do século XIX), não permitia acompanhamento e incidência política das pessoas. E as condições necessárias para participar junto ao Estado eram inexistentes ou vistas com “maus olhos”.

Nesse contexto histórico, surgiram várias epidemias que mataram muitas pessoas, além da precariedade das condições de vida: física, psicológica e/ou moralmente.

É importante ter presente que o modelo capitalista de sociedade não é apenas um modelo econômico, mas ele abarca outras dimensões da sociabilidade, como, por exemplo, a capacidade de sonhar com outra forma de viver e se organizar socialmente, não permitindo às pessoas, muitas vezes, buscarem alternativas e/ou formas de resistência a ele.

Capítulo 2.2: Socialismo

O contexto do capitalismo industrial gerou uma sociedade ainda mais desigual, e as condições de vida da maior parte das trabalhadoras e dos trabalhadores eram

precárias. Nesse período, conforme *Karl Marx* e outros, o capitalismo continuou dividindo a sociedade em classes, mas havia duas novas: a burguesia e o proletariado. A primeira era composta especialmente por quem detinha os meios de produção, como industriais; o segundo, o proletariado, donos da força de trabalho, roubada pelo processo de exploração do trabalho nas indústrias. A divisão da sociedade em classes permitiu que, de um lado, a riqueza gerada coletivamente fosse ainda mais concentrada por poucas pessoas, enquanto, do outro lado, a pobreza e a miséria se espalharam para a maioria da sociedade.

As condições de vida sofridas e precárias levaram a mão de obra trabalhadora a se reconhecer e organizar como classe social, fazendo a crítica e o enfrentamento a esse modelo de sociedade. A crítica consistia na denúncia de que a liberdade e a felicidade prometidas para todas as pessoas haviam se tornado realidade somente para o pequeno grupo da burguesia. Além disso, o fato de capitalistas liberais afirmarem que o Estado não deveria “se meter” na economia e não se responsabilizar pelas condições de saúde da população era apenas para esconder que o Estado servia à burguesia e a deixava enriquecer às custas da força de trabalho da população empobrecida.

O Movimento Operário denunciava as péssimas condições de vida no capitalismo industrial e passou a responsabilizar as proprietárias e os proprietários das indústrias pela sua situação. Começou a criticar e enfrentar a concepção de “proteção social” restrita unicamente à responsabilidade individual e familiar.

Defendiam e reconheciam que as condições sociais e de saúde são produzidas coletivamente, especialmente pela ação deliberada de quem detém as indústrias e pela omissão do Estado; assim, exigiam maior responsabilidade e cuidados do Estado com as pessoas trabalhadoras. Para um aprofundamento desse tema, indicamos a obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, de Friedrich Engels.



A reação organizada ocorreu através de grandes greves da mão de obra trabalhadora e por revoltas populares. Mais tarde, esses movimentos desenvolveram teorias e práticas políticas para disputar e gerir as instituições sociais, inclusive o Estado, desde princípios diferentes daqueles do capitalismo liberal – são as experiências comunistas e socialistas que, em grande parte, se configuraram a partir de revoluções sociais.

Esses grupos partiram do pressuposto de que as sociedades são construções humanas. Por isso, passaram a disputar os rumos da sociedade, já que o modo capitalista não contemplava uma organização que garantisse o bem viver para todas as pessoas, uma vez que este gerava riqueza mas a concentrava para algumas pessoas, enquanto a imensa maioria vivia a pobreza, a miséria, o sofrimento. Dialogaram com experiências culturais milenares que enfatizavam a importância da solidariedade econômica, social e política. Uma das principais preocupações era criar mecanismos contra o acúmulo de capital privado, coletivizando os meios de produção. Para tal, o Estado deveria assumir o papel central na coordenação econômica e na implementação de políticas públicas de proteção social para as pessoas.

Nesse modelo, compreendia-se que o princípio que rege é a solidariedade, sobre a qual deveria ser organizada a sociedade. Não se pretendia tirar a liberdade de escolha, mas criar condições equitativas para que todas as pessoas pudessem fazer suas escolhas. Entendia-se o ser humano como um ser aberto a ser mais, e que tal condição lhe garantiria equidade social, política, econômica e cultural. A riqueza deveria ser gerada e destinada a

peças que a produzem, não o contrário, ou seja, não haveria concentração de riqueza para poucas pessoas em detrimento da ausência da riqueza de muitas outras pessoas, como no modelo capitalista.

Nessas reações ao mundo capitalista, retomaram-se concepções milenares de vários povos: por exemplo, de que a condição saudável é fruto do meio, ou seja, das condições do trabalho, da moradia, do saneamento básico etc.; que a saúde não é de responsabilidade só individual, mas coletiva. Isso vai ser de enorme importância para a criação de sistemas universais, inclusive o SUS, uma vez que a compreensão não se restringe apenas aos “serviços de saúde” ou à ausência de doença, mas estende-se à necessidade de promover a qualidade de vida.

Quando estamos falando de responsabilidade coletiva, estamos dizendo que ela é de responsabilidade do Estado, mas também de quem detinha as indústrias. Portanto, se é de responsabilidade coletiva, estes terão uma responsabilidade, tanto do ponto de vista da promoção de saúde (promover ambientes salubres para que a mão de obra trabalhadora possa ter a segurança de não sofrer acidentes, por conta da precarização das condições de trabalho) quanto da prevenção de acidentes de trabalho e da recuperação, se ocorrido. O papel do Estado deveria ser o de investir no cuidado de seus cidadãos em todas as esferas, uma vez que essa está alicerçada na compreensão de “saúde” como um bem coletivo, como “proteção social”.

Fruto desse modelo de sociedade, desenvolvem-se concepções de “saúde”, como a que enfatiza os cuidados primários em saúde, discutida na Conferência de Alma Ata, de 1978, na República do Cazaquistão, promovida pela

Organização Mundial de Saúde (OMS). A Declaração final da Conferência foi uma resposta às disputas ideológicas em torno do conceito de “saúde”. No contexto da conferência, estava acentuada a disputa entre uma perspectiva mercantil (aquela defendida em um modelo de sociedade capitalista) e uma perspectiva social-protetiva (defendida pela OMS). A Conferência de Alma-Ata reafirmou o conceito de “saúde” da Organização Mundial da Saúde, constituindo-se em espaço de resistência; além disso, atribuiu ao Estado sua responsabilidade, ressaltando a importância da Atenção Primária de Saúde – APS (ou, como anteriormente conhecida no Brasil, “Atenção Básica”), reconhecendo a saúde como um direito humano fundamental. Vejamos:

1) Saúde é **direito humano fundamental** [...]. É a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos [...]. 4) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. 5) [...] os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

Mesmo que as experiências históricas comunistas e socialistas sejam abertas a críticas e possam ter falhado em muitos aspectos, tiveram e ainda têm um papel importante na problematização de modelos de sociedade, na discussão sobre o papel do Estado e na compreensão de saúde.

Capítulo 2.3: Estado de Bem-Estar Social

As raízes do Estado de Bem-Estar Social, construído em alguns países da Europa após a Segunda Guerra Mundial, devem ser buscadas na luta organizada da classe trabalhadora e em suas reivindicações por melhores condições de trabalho, salários, qualidade de vida e pela garantia de direitos por parte do Estado, mas também no processo de reorganização capitalista decorrente dessas pressões.



As lutas socialistas por parte da classe trabalhadora e povos em prol da transformação do modelo capitalista criaram as condições de se repensar a importância do papel do Estado para com a proteção social. Isto é, o Estado assumiria para si o cuidado não só com os direitos civis e políticos, mas também de outros direitos como os direitos sociais, a fim de garantir o cuidado com as pessoas e as coletividades. Essa não foi uma conquista fácil e sem tensionamentos; pelo contrário, houve a necessidade de muita organização da classe trabalhadora, persistência e anos de luta para que se pudesse provocar mudanças na forma de o Estado exercer seu papel. Muitas pessoas foram criminalizadas e perseguidas por liderarem a luta em prol dos direitos sociais. Portanto, é importante reafirmar que os direitos sociais nascem da luta e da organização da classe trabalhadora, explorada pelo modelo econômico e desamparada socialmente pelo Estado.

Essa reação da classe trabalhadora “produziu” o Estado de Bem-Estar Social. Para capitalistas, foi uma mediação encontrada para evitar o avanço das revoluções e fazer uma negociação possível com o mundo do trabalho para que de fato o capitalismo se mantivesse.

Dois paradigmas de proteção social, como veremos a seguir, se constituem neste contexto: o bismarckiano e o beveridgiano. Ambos influenciam fortemente a construção do SUS no Brasil. Vejamos.

O chanceler alemão Otto von Bismarck, no século XIX, criou um sistema público de vigilância dos acidentes de trabalho e um seguro que protegesse as pessoas de doenças, acidentes, invalidez laboral e velhice, em resposta às greves e às organizações da classe trabalhadora em

todo o mundo, além de em função da necessidade de unificação do Estado alemão.

O sistema criado por Bismarck é chamado de “seguro social”, uma vez que mantém semelhança com os seguros privados. Ou seja, os direitos sociais são pensados a partir e para o trabalhador e, por isso, seu acesso é condicionado a uma contribuição anterior, por exemplo, carteira de trabalho assinada. A pessoa desempregada ou que trabalhava na informalidade não tinha acesso a esse seguro (assistência, saúde, educação...). Esse seguro social é financiado pela contribuição direta da trabalhadora e do trabalhador e da empregadora e do empregador, tendo como base a folha de pagamento. As contribuições são geridas pelo Estado, o qual também contribui para o seu financiamento. Embora dentro dos limites do capitalismo, traz uma mudança na forma de compreender e agir diante das condições de vida das pessoas. Gradativamente responsabiliza o Estado e quem detém os meios de produção pelas condições sociais da população. Desse modo, cria um modelo de proteção social limitado a pessoas trabalhadoras que implica, além da sua contribuição, a taxação do capital e a tomada de maiores cuidados dentro das próprias fábricas.

Em contraponto a esse modelo, em 1942, o inglês William Beveridge propôs que a proteção social fosse estendida a todas as pessoas, sem a exigência da condição de trabalho formal ou de contribuição direta de quem a recebe. Segundo ele, à sociedade e ao Estado caberia o papel de combater cinco males que impedem o bem-estar das pessoas: a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade. Para ele, com o enfrentamento desses males, estar-se-ia protegendo socialmente todas as pessoas e

garantindo-lhes qualidade de vida antes, durante e depois da relação formal de trabalho.

É importante perceber que, ao reconhecer que todas as pessoas deveriam ter garantido a proteção social (a saúde faz parte), Beveridge está dizendo que a saúde é um bem comum de acesso universal. E, portanto, precisamos envidar todos nossos esforços para realizá-los, ao contrário da proposta do modelo capitalista, que compreendia a saúde como responsabilidade individual.

Ao propor a instituição do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), Beveridge defendeu a universalidade dos direitos sociais, garantindo que toda a população tivesse proteção social, independentemente de estarem trabalhando ou não. Seu financiamento seria garantido pelo caixa geral do Estado, que teria o papel de cobrar impostos para viabilizar a universalidade das políticas. Por isso é necessário discutirmos, na atualidade, o papel dos impostos para o financiamento das políticas públicas – uma vez que a tendência mercantil neoliberal, que quer outra forma de Estado, aquela que privilegie o mercado, frequentemente afirma que pagamos muitos impostos ou que não deveríamos pagar impostos. No entanto, a discussão deveria ser: quem paga imposto no Brasil hoje? Quem tem isenções, renúncias fiscais e dribla os impostos ao investir nos paraísos fiscais? A nossa tributação centrada no consumo e na regressividade faz com que quem ganha menos pague mais imposto, gerando injustiça e desigualdades sociais. Veremos mais sobre isso no capítulo que trata do financiamento do SUS.

As conquistas sociais resultantes da luta da classe trabalhadora nos séculos XIX e XX foram incorporadas

na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. O Brasil é país signatário, ou seja, não apenas reconhece tais direitos, mas se compromete e se responsabiliza pela sua efetivação. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo XXV, tem registrado:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.



O conceito de “saúde” que emerge dessa declaração exige entendê-la como direito humano e, portanto, como *universal, indivisível e interdependente*. Afirmar que a saúde é universal é reconhecer que o acesso à saúde é para todas as pessoas (pessoa pobre, rica, branca, negra, indígena, pessoa com deficiência, mulher, homem, criança, pessoa idosa, quem trabalha formal ou informalmente, quem está em desemprego...). Sendo para todas as pessoas, não deve haver privilégio de uma em detrimento de outra. Porém, é necessário entender a universalidade no marco da equidade; isso significa respeitar as especificidades de cada pessoa ou coletividade garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas. Do contrário, corre-se o risco de ter um sistema que não é universal, pois não atende as reais necessidades da população.

A *indivisibilidade* dos direitos significa que os demais direitos (educação, moradia, alimentação, emprego...) são igualmente fundamentais. Portanto, nenhum direito é mais nem menos importante do que os demais. Isso quer dizer que não podemos separar os direitos; não se pode, por exemplo, em função de limite orçamentário, ou por qualquer outro motivo, querer garantir primeiro o direito à saúde e deixar para o futuro a educação ou a moradia.

Se os direitos são indivisíveis, conseqüentemente, são *interdependentes*. Ter saúde de qualidade depende da efetivação de outros direitos, como moradia adequada, saneamento básico, educação, emprego, alimentação e outros. Do contrário, não é possível dizer que temos o direito à saúde garantido. Portanto, ao compreender a saúde como direito humano, exige-se mais do que apenas consultas médicas ou exames: todas as ações e todos os

serviços necessários para o bem viver, que condicionam e determinam a saúde.

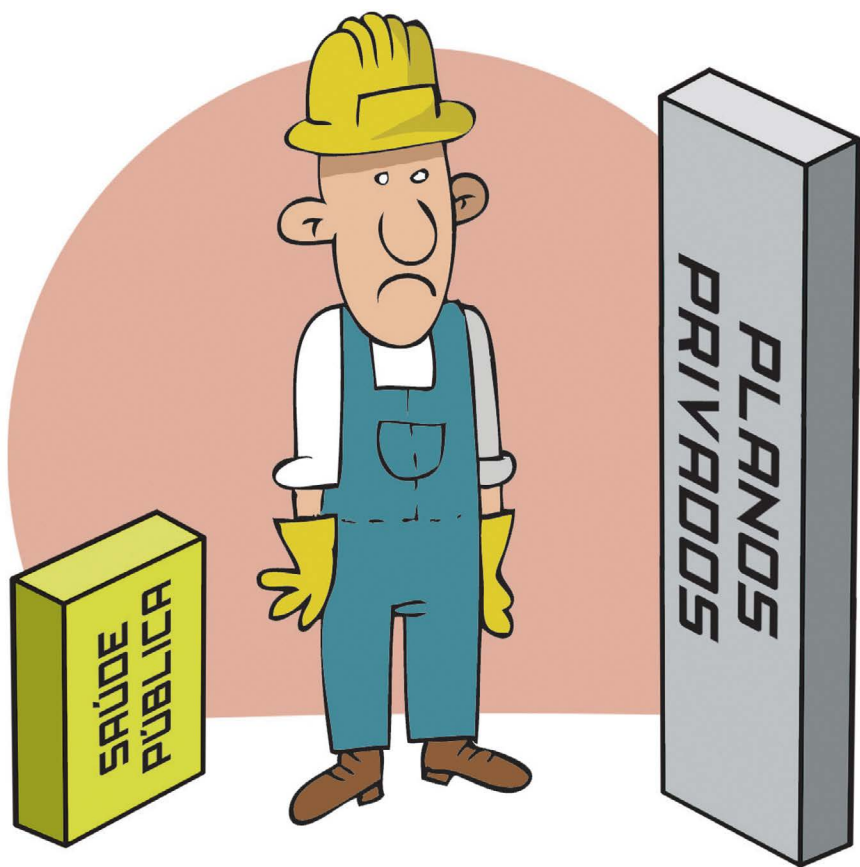
É importante lembrar, mesmo que tratemos especificamente disso no próximo capítulo, que o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil reconstruiu a concepção de “saúde” ratificada na Declaração Universal de Direitos Humanos e esboçada no plano de Seguridade Social de Beveridge. Esse conceito de “saúde”, entendida como direito humano, foi aprovado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e ganhou força de lei na Constituição de 1988. Porém, o enunciado constitucional da “saúde como direito de todos e dever do Estado” não evita que, no cotidiano do fazer saúde, aconteça o tensionamento de dois conceitos distintos: um centrado na abordagem individual e que, em muitos casos, transforma a saúde em objeto de lucro; e outro que tende a uma abordagem individual-coletiva, e concebe a saúde como direito humano.

SAIBA MAIS: A SAÚDE PÚBLICA NO CANADÁ

Você sabia que, no Canadá, pobres e ricos têm o mesmo sistema de saúde? A saúde no Canadá é um modelo de saúde financiado 100% pelos fundos públicos, sendo gerido pelo Estado. Trata-se de uma experiência concreta similar à luta do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que originou o SUS.

Capítulo 2.4: Neoliberalismo

Como vimos, é possível afirmar que o Estado de Bem-Estar foi o resultado “possível” de uma tensão política entre duas forças sociais: a classe trabalhadora e quem detinha o capital. A classe trabalhadora, cada vez mais organizada, pressionava por melhores condições de vida e mudavam regimes de governo; quem detinha o capital, diante das diferentes ameaças, abria-se a “negociações forçadas” no intuito de preservar o sistema capitalista.



Mesmo reconhecendo-se o Estado de Bem-Estar como resultado possível, e por isso limitado do ponto de vista da transformação das bases que estruturam a exploração capitalista e outras desigualdades, assume-se que ele possibilitou avanços na compreensão dos direitos humanos e do direito à saúde.

Contudo, liberais fizeram, desde a sua origem, diversas críticas. O centro da crítica se dá novamente sobre o suposto excesso de governo por parte do Estado, especialmente na economia e na alocação de recursos às políticas públicas sociais universalizantes. Milton Friedman, pensador da segunda metade do século XX, chamará as políticas de proteção social de “programas paternalistas”, defendendo, inclusive, a sua extinção. Segundo Friedman (*apud* Nunes, 2013, página 19), “[...] eles enfraquecem os alicerces da família, reduzem o incentivo para o trabalho, a poupança e a inovação; diminuem a acumulação de capital; e limitam a liberdade [...]. São uma autêntica subvenção à preguiça”. Essa concepção é muito comum em diversos países, inclusive no Brasil.

O neoliberalismo constitui-se agora sobre uma base financeira. Se, no capitalismo industrial, o acúmulo de capital se dava centralmente a partir da produção industrial, agora, dá-se a partir das grandes instituições financeiras. As indústrias e, cada vez mais, os Estados contemporâneos dependem dessas grandes instituições financeiras, ao emitirem títulos da dívida que vão parar nas mãos do mercado financeiro. Isso significa que grandes capitalistas, em vez de investirem no desenvolvimento produtivo, preferem investir seu dinheiro na especulação financeira e comprando títulos da dívida pública, mesmo

que isso signifique comprometer a vida de milhões ou bilhões de pessoas.

No neoliberalismo, mais do que denunciar o excesso de governo por parte do Estado, exige-se um exercício governamental que reconheça as regras do mercado. Mais do que deixar fazer, ele deve funcionar a partir das regras do mercado e, como tal, fazer funcionar o mercado. Tiveram papel pioneiro na implementação dessa lógica Ronald Reagan nos EUA e Margaret Thatcher na Inglaterra, no início da década de 1980.

SAIBA MAIS: A ASCENSÃO DO NEOLIBERALISMO

É importante lembrar que, logo que surgiram, as ideias neoliberais não tiveram muita adesão social e política. Contudo, as transformações nos processos produtivos – a chamada “Terceira Revolução Industrial”, com automação, robotização, novas tecnologias de comunicação e informação, com a globalização – criaram novas necessidades e formas de exploração para que o capital continuasse se multiplicando e acumulando. Foi nesse contexto, principalmente após a década de 1980, que as ideias neoliberais começaram a ganhar força.

Na lógica neoliberal, a proteção social é entendida como “mercadoria”, reafirmando a tendência mercantilista de saúde. Os serviços de saúde devem ser um negócio rentável. No entanto, para ela poder gerar lucros, precisa estar inserida na lógica do mercado (oferta e demanda), e com interferência mínima do Estado. Logo, a responsabilidade deve ser jogada unicamente para o indivíduo, retirando toda perspectiva coletiva do cuidado. Note-se que a proposta neoliberal retoma o modelo industrial capitalista, abordado anteriormente, em que o cuidado à saúde é de responsabilidade apenas do indivíduo, desconsiderando todos os fatores sociais, econômicos, ambientais e outros.



A consequência da proposta neoliberal é acabar com os sistemas universais de políticas públicas. Isto, entre outros motivos, pela suposta “falta” de recursos para o seu financiamento. Esse processo acontece a partir de um “golpe semântico” que se dá na base da concepção dos direitos humanos construídos no século XX. Para neoliberais, não se estaria renunciando à universalidade, mas a universalidade ganharia novos contornos. Significa dizer que o Estado teria um papel somente com as pessoas desprovidas de condições financeiras para garantir a sua proteção. Ou seja, que o Estado deveria cuidar somente de pessoas pobres, mas esse cuidado se limitaria apenas à concepção médica e não ao cuidado da saúde como proteção social.

Dessa forma, a proposta é substituir os sistemas universais por uma cobertura universal; isto quer dizer que o SUS não cabe numa concepção de Estado neoliberal, regido pelas leis do mercado, centrado num modelo biomédico. Como vimos, o SUS é compreendido dentro de um modelo de desenvolvimento ou de um modelo de sociedade em que o Estado é responsável pela Seguridade Social. Isso nos ajuda a compreender por que o SUS tem tanta dificuldade de funcionar, e sempre sofre críticas de quem lucra com as doenças.

É fundamental que tenhamos claro que a efetivação do SUS está vinculada a um modelo de Estado e de desenvolvimento. As experiências construídas durante os séculos XIX e XX devem servir de aprendizado para que continuemos buscando construir, junto com o conjunto de iniciativas na atualidade que lutam contra a perspectiva neoliberal, uma sociedade que garanta que o conjunto

da população possa usufruir dos benefícios tecnológicos e do crescimento econômico e, ao mesmo tempo, esteja preocupada com o bem-estar das pessoas mais do que com o capital.

SAIBA MAIS: COMUNIDADES SARAYAKU

Você sabia que existem outras formas, para além das tradições ocidentais, de organizar a sociedade, e que dialogam com o conceito ampliado de “saúde”? Exemplo disso são as tradições indígenas, como a comunidade Sarayaku do Equador, que traduzem o sentido da vida humana como a busca permanente pelo “*sumak kawsay*”, que quer dizer “bem viver”. Ou, ainda, povos africanos que o entendem como *Ubuntu*: “sou porque nós somos”, trazendo para a centralidade a lógica da solidariedade e não o individualismo. E assim como vários outros povos e tradições.

É muito importante lembrar que, durante o século XX, assim como em toda a modernidade, as agendas de lutas não se limitaram em torno de sujeitos e agendas descritas nos modelos anteriores. Aliás, em muitos casos, tiveram dificuldade de priorizar ou construir alternativas de superação desses problemas e violações de direitos. É o caso, por exemplo, da luta contra o machismo e pelos direitos das mulheres, liderada pelo movimento feminista nos diversos países; da luta contra o racismo e pelo direito de pessoas negras, liderada pelo movimento negro; a luta contra a destruição do meio ambiente em prol da sustentabilidade ambiental, pautada pelo movimento ecológico; a luta contra a homofobia e pelos direitos das pessoas homossexuais, coordenada pelo movimento LGBTQIAPN+. Isso resultou, o que ainda é muito comum na atualidade, na construção de sistemas de proteção social nos quais inexistiam e inexistem políticas públicas com enfoque equitativo.

CAPÍTULO 3: SAÚDE COMO DIREITO HUMANO X SAÚDE COMO MERCADORIA

Vimos até aqui que o conceito de saúde tem relação com modelo de desenvolvimento e de concepções de modelos de Estado. A forma como estabelecemos as relações na sociedade também pode produzir saúde ou enfermidade, tanto física quanto psíquica e, muitas vezes, até genética. O que isso quer dizer? Quer dizer que o contexto em que a nossa sociedade está organizada pode promover saúde ou doença.



Veja: a fome, muitas vezes, que resulta do desemprego e é fomentada pela desigualdade social, fruto de sistemas neoliberais como aquele que o Brasil viveu na década de 1990 e ainda vive, concentrador de riqueza para algumas pessoas e gerador de pobreza para a grande maioria, é um problema de saúde. Como uma pessoa que não se alimenta adequadamente poderá ter saúde? Ela poderá ter a rede de serviços e ações de saúde à sua disposição, mas, se não tiver comida no prato, não terá saúde. Também a falta de moradia, de saneamento básico, de trabalho digno, de cultura, de lazer são questões de saúde.

A partir das concepções de Estado e de modelo de sociedade que fomos construindo, emergiram diferentes modos de compreender a saúde. O SUS, embora tenha sido construído a partir da compreensão de que a saúde é um direito humano, é atravessado e disputado por forças e interesses que a compreendem como “mercadoria”. Isso reforça o que comentamos no início sobre a complexidade dos conceitos e de eles não existirem em estado puro.

A compreensão de saúde entendida como direito humano tem suas raízes no modelo de Estado de Bem-Estar Social e a saúde compreendida como mercadoria no modelo neoliberal.

Na 8ª Conferência de Saúde, reafirmou-se o conceito de “saúde” como direito humano, o qual serviu de base para o texto constitucional que garante saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado. Sérgio Arouca, grande sanitarista brasileiro, disse, em sua fala durante a 8ª Conferência de Saúde, que, apesar de todas as críticas que o conceito de “saúde” da OMS estava recebendo por ser genérico e muitas vezes não conseguir

determinar quantas pessoas têm ou não saúde em um país, ele era importante para reafirmar que saúde não é apenas ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, psíquico e social. Isto significa dizer que saúde, nas palavras de Arouca:

[...] não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo para que seja mantido interesses que não sejam os do povo (Brasil, 1987, página 35).

Saúde é a oferta de ações e serviços, tais como: médicos, exames, remédios, profissionais de saúde, locais que prestam serviços na área da saúde, vacina, entre outros. É fundamental tê-los! Devem ser de qualidade e acessíveis a todas as pessoas, não só para algumas. Mas saúde é mais que isso: é poder viver dignamente, não só na dimensão biológica, mas também na espiritual, na mental e socialmente. Lutar pela saúde, além de significar respeito à garantia do cuidado quando a enfermidade nos atinge, é lutar também pela promoção da saúde e da prevenção da doença. Com isso, amplia-se a concepção da saúde articulando a sua realização com a qualidade de

vida e a garantia de outros direitos.

É também na perspectiva ampliada do conceito de “saúde” que a OMS, na *Carta de Princípios* de 7 de abril de 1948 (por isso, Dia Mundial da Saúde), reafirma que saúde é “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, contrapondo-se, assim, à concepção de saúde neoliberal que compreende saúde unicamente como ausência de doença, somente na esfera individual, desvinculada dos contextos social, econômico e cultural.

SAIBA MAIS: DIA MUNDIAL DA SAÚDE, 7 DE ABRIL

O Dia Mundial da Saúde é comemorado desde 1950. A data de 7 de abril foi escolhida por representar a primeira Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948. Nessa primeira assembleia, foi definido o conceito de “saúde” ampliado e não focado somente nos aspectos biológico e individual. O Dia Mundial da Saúde deve ser um momento privilegiado para contribuir na luta pelo direito humano à saúde. Nesse dia, conselheiras e conselheiros, lideranças, pessoas gestoras, profissionais e demais agentes sociais são incentivados a organizar atos, audiências públicas, seminários, caminhadas... enfim, atividades que chamem a atenção da população em geral para a luta pela qualidade dos serviços, pela humanização e outros aspectos centrais da saúde como direito humano e pela defesa do SUS e da democracia.

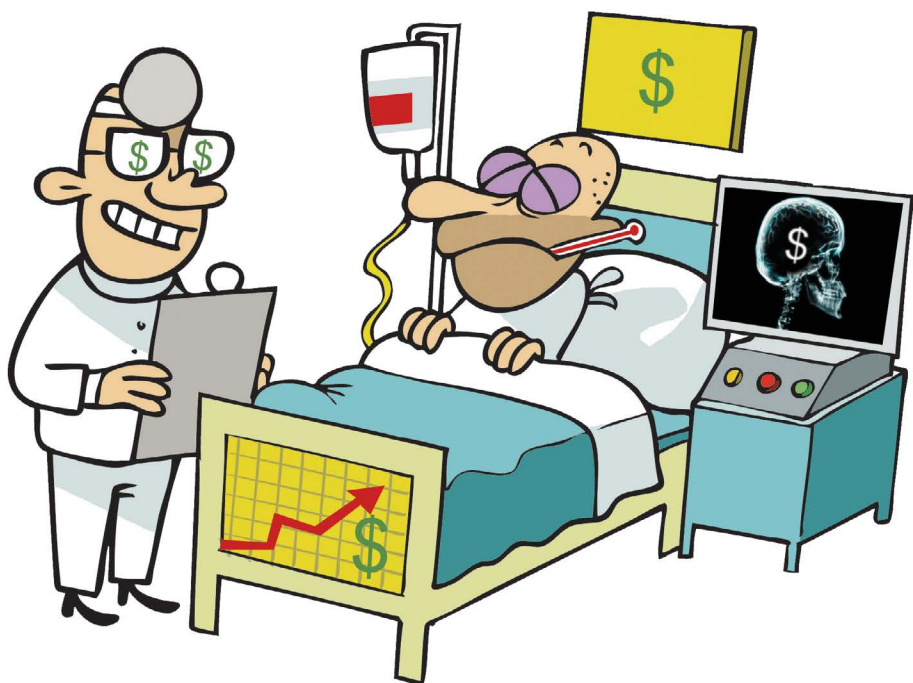
Esse conceito traz os anseios de movimentos sociais e pessoas para as quais a saúde é um direito de todas as pessoas, e sua garantia é responsabilidade primeira do Estado. Para essa perspectiva, a saúde é um bem público, comum, para o que cada um colabora, mas que, sem a construção de todas as pessoas em conjunto, não se realiza para ninguém. Claro que a doença atinge cada pessoa individualmente, mas isso não significa que ela seja causada somente pelos fatores que dependem desse indivíduo; há uma multiplicidade de aspectos que concorrem para a realização da saúde, ou mesmo para a doença.

A saúde, neste sentido, é entendida como **um direito a ser garantido pelo Estado a todas e todos**, diferente da perspectiva “*mercantil*” que vê a saúde como oportunidade de negócio e de geração de lucros com a enfermidade. Ou seja, a saúde torna-se um objeto (mercadoria) que pode ser comprado no mercado, da mesma forma como compramos o feijão e o arroz, por exemplo. Tendo o seu preço, regulado pelas leis de mercado.

Ao considerar a saúde como mercadoria, “vamos ao mercado”: quem tem dinheiro compra o “pacote saúde” que melhor lhe atende; quem não tem, fica sem comprar esses serviços. Concentram-se bilhões de reais para quem comercializa a saúde e precariza-se a vida de milhões de pessoas. Aliás, o SUS foi criado exatamente para evitar que as pessoas e seus corpos fossem transformados em mercadoria ou negociados na bolsa de valores.

Sobre isso, o sanitarista Emerson Merhy escreveu no *Relatório do DH à Saúde de 2021*:

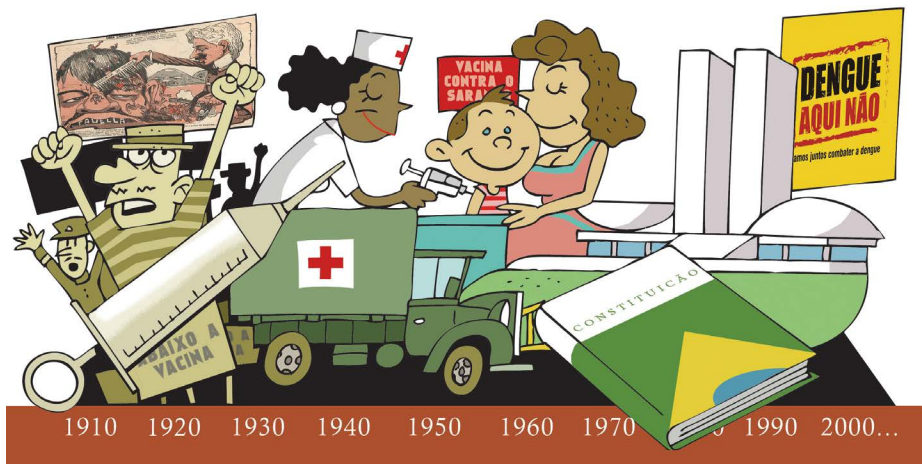
A concepção de saúde para quem considera a vida uma mercadoria é uma concepção do 'não direito', da 'não democracia' e da 'não vida' igualitária, ou seja, para quem considera a vida mercadoria, há logo de saída uma ruptura com os princípios do SUS. Eles não são universalistas, eles não apostam na equidade e na integralidade, eles não apostam no direito à saúde. Ao contrário, apostam no comércio. Então, essa é uma questão que atravessa o SUS na sua longa história, uma briga estrutural entre sistema pleno de saúde, em que a vida é a maior riqueza e é o parâmetro da igualdade, e aqueles que apostam na financeirização da saúde, na comercialização da saúde, na privatização dos serviços de saúde.



Nesta concepção de que saúde é mercadoria, o Estado não se responsabiliza pelo cuidado da população, jogando tal responsabilidade para as pessoas, suas famílias ou próximos. O máximo que assume são alguns serviços básicos, como algumas vacinas, número determinado de consultas, alguns medicamentos, etc., mas não o cuidado integral. Caso você precise de um serviço não disponível, tem de pagar por ele.

A lógica mercantil é fortemente defendida pelo modelo capitalista, hegemonizado pelos EUA, e que influenciou fortemente os demais países. Ela foi profundamente marcada pela Revolução Industrial, que, por desenvolver diferentes tecnologias aplicáveis à área da saúde, marcou muita influência também neste tema. Esse processo, inclusive, conduziu as políticas de saúde no Brasil na década de 1950, como veremos no segundo capítulo.

O SUS nasce no Brasil no meio dessa disputa e toma partido: é contra a visão mercantilista de saúde, defendendo a saúde como direito humano. Portanto, a saúde é responsabilidade do Estado, o qual deverá disponibilizar parte do seu orçamento para garantir a saúde da sua população, em busca do bem viver de todas as pessoas.



Parte 2: História das políticas de saúde no Brasil

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Antes de tudo, é importante dizer que, apesar de o título deste capítulo chamar-se “História das políticas de saúde no Brasil”, não temos a pretensão de reconstruir uma linha do tempo, com marcação de fatos importantes, das políticas públicas de saúde, mas sim de refletir sobre as disputas e os tensionamentos entrelaçados neste processo. Pretendemos olhar para o período histórico

desde o início do século XX, principalmente para perceber que o SUS nasce em meio a uma disputa ideológica do conceito de “saúde” e, consequentemente, de um modelo de desenvolvimento e de redemocratização do País. Também, de compreender que a efetivação do SUS é uma construção histórica que depende da correlação de forças e das disputas ideológicas.

Se compreendemos a saúde como construção histórica e ideológica, é fundamental que entendamos os contextos históricos como disputas permanentes por hegemonia. Ou seja, em nenhum contexto histórico existe uma única força, uma única concepção, uma única ideologia. É possível que em cada contexto histórico identifiquemos, mais facilmente, as concepções e a correlação de forças hegemônicas. Isso, porém, não significa que a existência, mesmo em sistemas totalitários, de uma determinada concepção hegemônica, elimine completamente as demais concepções ou outras deixem de existir. Por exemplo, os quilombos, como concepção ideológica de mundo determinada, existiram e cumpriram papel fundamental na história do Brasil, como locais de resistência e de construção de uma outra possibilidade de organizar a sociedade e a vida.

No entanto, a racionalidade neoliberal quer se construir como projeto único, e quer nos fazer acreditar que não há alternativas, outros modos de ser. Ela retira de nós a capacidade de sonhar e buscar construir outros modos de vida. E, ao mesmo tempo, “naturaliza” as situações de opressões, de desigualdade social... com aquela velha expressão: “é assim mesmo, sempre foi assim”. Então, olhar para a história e perceber esse tensionamento nos ajuda a

entender como a luta pelo direito humano no Brasil, ora com mais força, ora com menos força, foi se construindo, conquistando espaços e disputando concepções de saúde, de sociedade e de democracia.

Por isso, retomar a construção das políticas públicas de saúde no Brasil é mais do que só olhar para o que aconteceu, é ter a história como nossa aliada. É importante olhar para a história, mas também é importante ela nos ajudar a compreender o contexto atual do SUS.

Nesse sentido, é importante retomar as duas concepções de “saúde” reconstruídas no capítulo anterior. Uma delas, vinculada ao tratamento das doenças, que se relaciona à responsabilidade do indivíduo, à prestação de serviços privados ofertados dentro da lógica do mercado. E a segunda entende que a atenção à saúde deve ser integral, incluindo a promoção, prevenção e a recuperação; além disso, entende que a saúde é sinônimo de qualidade de vida e é um direito de todas as pessoas, independentemente da condição social e econômica. A partir dessa compreensão, os serviços de saúde devem ser regulados pelo Estado e não submissos à lógica do mercado que sempre visa ao lucro, mesmo que para isso necessite sacrificar o bem-estar e a vida das pessoas.

Estas concepções de “saúde”, que estão relacionadas com as diferentes concepções de sociedade, estiveram e estão em constante tensionamento e influenciam na atuação do Estado e na efetivação das políticas públicas de proteção social. É dentro dessa perspectiva que vamos resgatar alguns elementos que nos mostram como as políticas de saúde foram implementadas durante o século XX e de que forma elas se relacionam com compreensão

de Estado, de desenvolvimento e de ser humano, expressando, dialeticamente, até os dias atuais, a disputa entre as concepções expostas.

Fizemos duas opções didáticas: a primeira é centrarmos a reflexão no início do século XX pois, até então (1888), as formas de proteção social e de saúde como as entendemos hoje não existiam; a segunda é reconstruirmos a trajetória das duas concepções de forma separada, mesmo sabendo que na prática elas estiveram e estão em constante disputa. Num primeiro momento, reconstruiremos a perspectiva hegemônica e, posteriormente, resgataremos a perspectiva da saúde entendida como qualidade de vida e demonstraremos como ela se constitui nas raízes da proposta pelo SUS.



Veremos na sequência que a concepção hegemônica de saúde contemplada pelas políticas públicas durante o século XX vinculou a saúde ao tratamento da doença. Em decorrência, atribuiu ao Estado a tarefa de atuar quando as condições de saúde atrapalhavam questões econômicas, dificultavam a disponibilidade de força de trabalho, ou poderiam se transformar em áreas lucrativas de negócio. A concepção hegemônica, isto é, aquela que comandou as políticas de saúde no Brasil durante o século XX, pode ser simplificada em três tópicos: a) a política de saúde para garantir o comércio; b) a política de saúde focada na proteção da mão de obra; c) a saúde como negócio para ganhar dinheiro.

Vamos entender um pouco mais por que isso aconteceu e como funcionava.

CAPÍTULO 2: CONTEXTO 1 – SAÚDE PARA GARANTIR O COMÉRCIO E A IMIGRAÇÃO

Podemos, de forma simplificada, dizer que, nesse contexto, as políticas públicas de saúde centraram-se no combate às epidemias; no cuidado da saúde como responsabilidade individual e na oferta da assistência à saúde, para quem não tinha condições de pagar, como caridade. Para entendermos melhor em que consistiu cada uma dessas medidas, iremos descrevê-las brevemente a seguir.

Capítulo 2.1: Combate às epidemias

A abolição da escravidão (1888), a Proclamação da República (1889) e o aumento da vinda de imigrantes europeus ao Brasil para substituir a mão de obra escrava e cumprir a tarefa de “branqueamento” da população brasileira ampliaram o número de pessoas que passaram a morar nas cidades, sem infraestrutura adequada. Destaca-se o grande número de pessoas empobrecidas (principalmente ex-escravizadas) que viviam em becos e ruelas nos centros de cidades, como o Rio de Janeiro, sem saneamento e sem mínimas condições de higiene.

Nesse contexto, houve o crescimento da produção de café exportado, principalmente pelo Porto de Santos, o qual alimentava a riqueza de um pequeno grupo de pessoas proprietárias dessa produção (barões do café ou coronéis). O crescimento do número de pessoas

que trabalhavam em péssimas condições e moravam em casebres aglomerados próximos ao porto, também, agravava os problemas higiênicos.

Identifica-se, também, a elevação da quantidade de epidemias, como febre amarela, tifo, cólera, peste bubônica. E isso gerou um problema econômico, uma vez que a elite cafeeira precisava do Porto de Santos tanto para exportar sua produção quanto para a entrada de imigrantes para mão de obra; e, com o aumento das epidemias, as exportações começaram a ser impactadas, ou seja, era necessária uma política de saúde que garantisse tanto a exportação do café como a entrada de imigrantes.

Diante disso, a elite brasileira pressionou o Estado para que intervisse na situação formulando políticas públicas com o objetivo de combater tais doenças. Mas vejamos que a preocupação não era com o cuidado de todas as pessoas: era, sim, com a garantia da exportação.



O Estado adotou, principalmente, políticas autoritárias e individualizadas, centradas numa concepção reduzida de saúde e muitas vezes de forma policialesca. Identificou que um dos problemas de proliferação da maioria das epidemias estava relacionado à questão de saneamento básico. Para melhorar as questões de saneamento, passou a expulsar pobres que viviam nos becos e ruelas próximos aos centros da cidade e dos portos, sem lhes dar outra região salubre para que pudessem viver. Assim, a medida adotada não considerou a causa do problema, mas somente uma de suas consequências, pois os ambientes insalubres e proliferadores de doenças foram construídos devido ao contexto social injusto, desigual e concentrador de riqueza, e não por culpa das pessoas que nasceram ou viveram nesses territórios, em condições precárias. Logo, fortaleceu-se a compreensão de que higienizar a cidade é sinônimo de “jogar” pobres e moradores em situação de rua para longe do centro ou para lugares específicos da cidade.

Outra medida para o enfrentamento das epidemias foi o investimento do Estado em pesquisas na área da saúde, a fim de entender como funcionavam doenças como a febre amarela; promoveu, o desenvolvimento de vacinas e investiu em institutos de pesquisa, como o de Manguinhos. Essa foi a primeira vez que o Estado investiu recursos públicos nesta área tão importante para a garantia da mesma.

SAIBA MAIS: REVOLTA DA VACINA

Nesse período, tivemos a chamada “Revolta da Vacina” (1904), uma das primeiras mobilizações urbanas no Brasil. A “revolta” da população era contra a postura autoritária e policiesca adotada pelo Diretor Geral de Saúde, Oswaldo Cruz, objetivando o saneamento da cidade, a expulsão das pessoas que moravam em ruelas e a higienização dos portos, garantindo a chegada da mão de obra livre (imigrantes europeus) para a expansão da indústria cafeeira. A vacinação contra a varíola tornou-se condição para conseguir emprego, casar-se, estudar. O povo, oprimido e cansado de tantas ações exploratórias, não aceitou ver suas casas violentamente invadidas e ter que tomar a vacina por imposição. Mas, atenção! A “Revolta da Vacina” não é a mesma coisa que o movimento antivacina existente atualmente: a “Revolta da Vacina” era uma resistência do povo a um conjunto de políticas de saúde autoritárias e policialescas, num período em que morriam muitas pessoas pelas epidemias, sem informações e comunicações sobre o que estava acontecendo. O que o povo queria era o direito de viver sem o acometimento de doenças, ter locais salubres para viver e emprego decente para trabalhar.

Capítulo 2.2: O cuidado à saúde como responsabilidade unicamente individual

Sob a perspectiva liberal, essa concepção entende que o mercado (empresas privadas e a lei da oferta e da procura) deve oferecer os serviços de saúde e cada indivíduo é responsável pelo pagamento dos custos. Nessa perspectiva, o Estado não se responsabiliza pela garantia do direito humano à saúde para todas as pessoas, uma vez que sua interferência deve ser a mínima possível nas questões sociais.

Essa concepção, presente nas primeiras décadas do século XX, também é comum nos dias de hoje. Vamos lembrar duas situações concretas: quando se defende que quem pode pagar merece melhores serviços de saúde não precisa enfrentar filas e deve ser bem atendido; e quando se defende a existência de planos privados de atenção à saúde.

Capítulo 2.3: Oferta da assistência à saúde aos pobres como caridade

A existência de muitas epidemias e a concepção de que o Estado não deveria garantir o direito à saúde fortaleceram, em grande medida, influenciadas pelo cristianismo, a ideia de que pobres doentes deveriam ter atendimento por. Por trás da ideia de caridade, também estava o medo de que as doenças infectocontagiosas atingissem a elite brasileira.

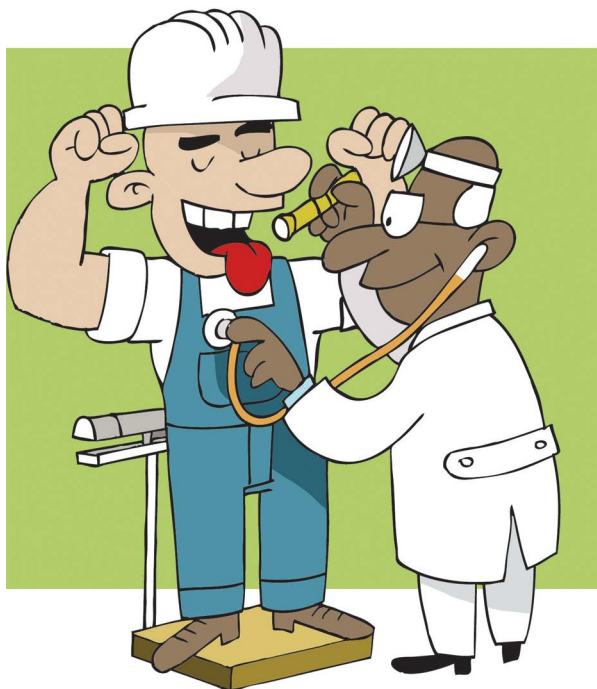
Lugares para cuidar de doentes pobres, conhecidos

como *casas de caridade*, na maioria das vezes administradas por congregações de irmãs religiosas, surgiram como consequência dessa concepção. Na época, ainda não existiam hospitais como conhecemos hoje; as famílias ricas contratavam seus próprios médicos e eram tratadas em suas casas.

Resquícios dessa compreensão existem até hoje, ao se entender que saúde não é um direito de todas as pessoas e que os serviços gratuitos não precisam ser de qualidade, pois seriam uma espécie de caridade.



Por outro lado, dois elementos importantes começam a aparecer nesse contexto de políticas voltadas para garantir o comércio, e que posteriormente seriam incorporados pelo Sistema Único de Saúde. O primeiro deles, a compreensão da importância da atenção coletiva à saúde, isto é, de que o Estado deve ter políticas públicas de saúde; e o do desenvolvimento de pesquisas, mesmo que ainda de forma embrionária, com recursos públicos, na área da saúde.



CAPÍTULO 3: CONTEXTO 2 – SAÚDE PARA PROTEGER A MÃO DE OBRA

A compreensão da política de saúde, neste contexto, está vinculada a diversos elementos da economia e da sociedade. Nesse sentido, o crescimento das indústrias e do número de operários criou a necessidade de proteger a saúde do trabalhador para que ele não faltasse ao trabalho e se sentisse protegido. Vamos entender como ocorreu isso?

Até 1930, a economia brasileira dependia basicamente do café. O próprio governo garantia o preço dos produtos, permitindo que barões/coronéis do café mantivessem seus altos lucros. Nesse período, a indústria também crescia. Durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), as principais potências econômicas voltaram seus esforços para a guerra, diminuindo as exportações e obrigando o Brasil a produzir artefatos industrializados para consumir.

O aumento das indústrias e do número de pessoas operárias – a maioria migrou do campo para as cidades em busca de trabalho nas indústrias que cresciam no Brasil –, junto com a influência das ideias anarquistas e marxistas – principalmente após a Revolução Russa –, provocou grandes greves operárias no País (1917/1918), obrigando, inclusive, o governador de São Paulo a fugir da capital.

Esse contexto contribuiu para a constituição de uma política de saúde que acalmasse o movimento operário e, ao mesmo tempo, garantisse condições para o crescimento e a lucratividade das indústrias. Foram criados, assim, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e, mais tarde, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).

Capítulo 3.1: As Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs)

O deputado Eloy Chaves, que tinha ocupado o cargo de ministro da Justiça durante as greves de 1918, propôs, em 1923, uma lei para criar as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Como justificativa para a lei, argumentava ser necessário garantir alguns direitos para pessoas trabalhadoras e evitar experiências como a Revolução Russa. As caixas, criadas em cada empresa, deveriam receber a contribuição da classe operária, de quem empregava e do governo, constituindo um fundo para garantir que pessoas operárias, principalmente quem sofrera mutilação por acidentes nas indústrias, pudessem receber uma pensão ou, depois de muitos anos de contribuição, pudessem se aposentar.

A criação dessa lei instituiu a Previdência no Brasil. As CAPs garantiam o direito à saúde e à Previdência apenas para quem contribuísse ou estivesse empregado, ou seja, para quem tinha a carteira de contribuinte. As demais pessoas recebiam atendimento somente na condição de indigentes, sob a lógica da caridade.

Inicialmente, esses fundos (caixas) eram restritos às empresas maiores e dependiam muito da capacidade da classe operária de reivindicar e garantir sua implementação. Com o crescimento da indústria, principalmente após 1930, o volume de dinheiro desses fundos ampliou significativamente.



SAIBA MAIS: REFORMA DA PREVIDÊNCIA NO BRASIL

A Previdência Social no Brasil integra a Seguridade Social. Segundo a Constituição de 1988, a Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social compõem, juntas, a Seguridade Social. A Seguridade Social é de responsabilidade do governo e de todas as pessoas, e suas fontes de financiamento são três: 1) contribuição de trabalhadoras e trabalhadores formais, autônomos, produtoras e produtores rurais. 2) contribuição das empresas sobre a folha de pagamento, lucro, faturamento; 3) o governo, através das receitas provenientes da importação de mercadorias, receitas das loterias e outras. Logo, a Previdência não é financiada somente pela “folha de pagamento”, mas por todas as receitas que integram a Seguridade Social. É importante saber disso porque, seguidamente, governos falam da necessidade da reforma da Previdência, pois seria deficitária. Em 2019, foi aprovada a nova reforma da Previdência no Brasil; no rol de outras medidas austeras adotadas no Brasil naquele período, ela fere gravemente o direito conquistado através de muita luta. Segundo o governo, se não cortar os gastos, não será possível pagar os benefícios no futuro; no entanto, isso é falso, pois, como mostram os relatórios da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), a Previdência não é deficitária, mas superavitária. O problema está nos vários desvios e empréstimos que nunca retornaram aos caixas da Previdência.

Capítulo 3.2: Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)

Com a crise econômica de 1929, gerada pela quebra da Bolsa de Nova Iorque, o Brasil diminuiu a exportação de café, agravando ainda mais a situação econômica e política brasileira. No cenário político, o governo dos coronéis, que perdurava desde a Proclamação da República (1889), passou a ser disputado por outros setores da elite brasileira. Foi o que ocorreu em 1930, quando Getúlio Vargas assumiu a presidência, após breve movimento armado. Vargas implantou um regime centralizado para romper com o poder dos coronéis, desenvolvendo políticas de industrialização para minimizar o problema do café, buscando apoio político junto às camadas trabalhadoras, principalmente operárias.

Foi nesse contexto que Getúlio Vargas desenvolveu políticas populistas, que, em síntese, buscavam garantir alguns direitos para pessoas trabalhadoras e, ao mesmo tempo, controlar o movimento sindical e proporcionar um ambiente tranquilo para o crescimento das indústrias. Essas políticas, anunciadas como “presentes” concedidos pelo Estado de Vargas – pai dos pobres e mãe dos ricos –, contribuíram para que o governo atendesse parte das reivindicações da classe operária. Foi assim com as leis trabalhistas – carteira de trabalho, jornada de oito horas, férias e salário-mínimo –, garantidas na Constituição de 1934 e depois reunidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Uma das medidas populistas de Getúlio Vargas foi a centralização das Caixas de Aposentadoria e Pensão

(CAPs), transformando-as em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Na prática, Vargas, ao perceber que o aumento das indústrias resultara em grande volume de recursos em muitas CAPs, reuniu as caixas das empresas de uma mesma categoria transformando-as em IAPs. O detalhe é que o Estado passou a administrar os recursos desses fundos. A princípio, a criação dos IAPs foi positiva para a classe trabalhadora, contudo, na prática, iniciou um problema que ainda hoje vivemos na Previdência: o governo, que administra os recursos, nem sempre garante que quem emprega pague a sua parte e, para piorar, utiliza os recursos para financiar obras de seu interesse; depois, quando a trabalhadora ou o trabalhador precisa do dinheiro, o governo não tem fundos para pagar sua aposentadoria. Vargas utilizou parte dos orçamentos do IAPs para financiar as indústrias siderúrgicas, como a de Volta Redonda e a Usiminas, garantir a expansão do setor e a lucratividade das empresas privadas – e não retornou esses recursos aos IAPs.

Capítulo 3.3: Instituto Nacional de Previdência Social

Em 1966, a centralização dos recursos aumentou, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo todos os fundos dos IAPs e que passou a administrar volume de dinheiro maior ainda.

É importante lembrar que a Constituição de 1988, ao garantir o direito à saúde para todas as pessoas, promoveu uma desvinculação do sistema previdenciário

e de aposentadoria, da assistência social e da saúde. O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), contudo, que deve garantir, dentre outras coisas, a aposentadoria, tem suas raízes na criação das CAPs, dos IAPs e, depois, do INPS.

Os IAPS tinham muitos recursos em caixa, a ponto de o Estado tê-los usado para financiar obras gigantescas de infraestrutura, como a ponte Rio-Niterói, a Hidroelétrica de Itaipu, e na construção de estatais.

O problema é que esses empréstimos nunca retornaram aos caixas. Assim, quando se fala em reforma da Previdência, quando se diz que a Previdência está falida, que ela não pode mais garantir o direito à aposentadoria das pessoas trabalhadoras, precisamos perguntar: onde foi parar o dinheiro da Previdência? O governo cobrou a dívida de quem empregava? Ele devolveu o dinheiro que retirou dos fundos de aposentadoria para subsidiar as obras faraônicas? O discurso de que a Previdência é deficitária desvia essas questões e, ainda, tenta enfraquecer as políticas de proteção social para privatizá-las.

Nesse contexto de industrialização no Brasil, a política pública de saúde seguia o modelo alemão bismarckiano, como vimos no primeiro capítulo. Ou seja, um seguro social pensando somente para quem contribuía diretamente, isto é, trabalhadoras e trabalhadores com carteira assinada, somada à contribuição das empresas e do Estado, o qual era o responsável pela gestão dos recursos. A saúde também era compreendida de forma reduzida, ou seja, somente como oferta de alguns serviços de assistência, muito diferente da que o SUS defende hoje.

Porém, havia outras concepções e também ações e experiências que tensionaram e contribuíram para a luta pela saúde como direito humano, são elas: a continuidade da pesquisa em saúde, os Centros de Saúde e o Serviço Especializado de Saúde Pública.



Os Serviços Especializados de Saúde Pública (SESP) contribuíram, principalmente, com a organização de campanhas de saúde pública para combater as epidemias. Esses serviços foram estimulados, em grande medida, durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), para combater a malária na região amazônica e permitir maior extração da borracha necessária para o esforço da guerra. Apesar desse objetivo específico, contudo, o SESP tinha uma preocupação social e atingiu setores sociais longínquos, então desconhecidos pelo Estado brasileiro. Contribuiu, principalmente, com a importância de conhecer e dialogar com o território.

O modelo campanhista também contribui, apesar do seu caráter limitado, na preocupação com a saúde pública, com a atenção coletiva em atividades de promoção e prevenção, desempenhando um papel e atuando numa lógica distinta dos CAPs e do IAPs, que agiam exclusivamente na atenção à saúde individual e para quem contribuía com o sistema (tinha carteirinha).

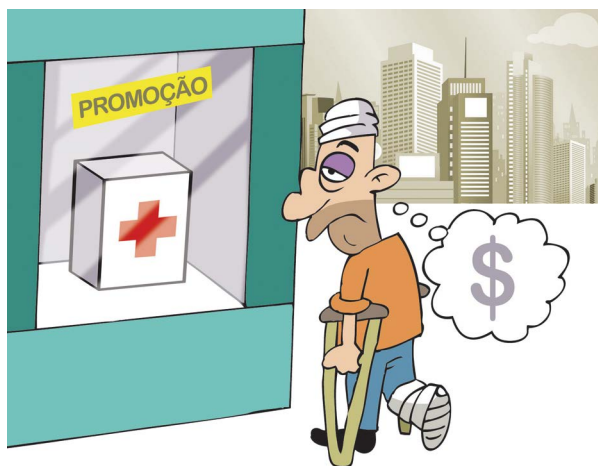
Os Centros de Saúde foram criados no início da década de 1920, pelo médico Geraldo Paulo Souza como forma de organização da saúde pública. Os Centros de Saúde defendiam que as políticas de saúde deveriam estar em consonância com ações sociais, educativas e com atenção central à família, substituindo a lógica policialesca, higienizadora e a atenção individual proposta pelas CAPs.

A lógica dos Centros de Saúde foi, em grande medida, um contraponto à perspectiva da atenção individualizada financiada individualmente ou através das CAPs e dos IAPs e à perspectiva da “medicina de grupo”, com serviços especializados, vinculados à lógica farmoquímica

e hospitalocêntrica.

CAPÍTULO 4: CONTEXTO 3 – SAÚDE COMO UM BOM NEGÓCIO PARA GANHAR DINHEIRO

Os IAPs passaram a concentrar grandes volumes de recursos, desviados para a construção de obras de interesse do governo e também para comprar serviços de saúde. Ao mesmo tempo, principalmente após 1950, os serviços para o tratamento das doenças começaram a ser vistos como um ramo de negócios que poderia ser explorado, gerando grande lucratividade.



O esforço de guerra, principalmente com a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), e o desenvolvimento tecnológico promoveram o conhecimento de um conjunto de produtos químicos, biológicos, conhecimentos físicos e radiológicos que passaram a ser empregados em procedimentos de diagnósticos e no tratamento de doenças. Foi nesse contexto que o capitalismo percebeu que a doença é um ramo de negócio (assim como a indústria e o comércio) que poderia ser explorado com grande lucratividade. Dessa forma, cresceu a indústria fármaco-química (remédios), no desenvolvimento de equipamentos de diagnóstico e prognóstico para alimentar o comércio de serviços e produtos de tratamento de doenças.

SAIBA MAIS: O VENENO ESTÁ NA MESA

Além do campo assistencial da saúde, outras áreas incorporaram a mesma lógica. A chamada Revolução Verde, no campo da agricultura, por exemplo, criou meios e estratégias de cultura de alimentos e estimulou o uso de agrotóxicos em grande escala. Provocou mudanças no modo de produção da agricultura e trouxe consequências, ainda sendo investigadas, no campo da saúde. O filme *O veneno está na mesa* questiona os benefícios e riscos da Revolução Verde.

Para esse setor econômico crescer e lucrar, era necessário organizar um sistema de gerenciamento dos serviços e de grupos que pudessem valorizá-los e comprá-los. Com inspiração principalmente na experiência dos Estados Unidos, nasceu a “Medicina de Grupo”, numa lógica hospitalocêntrica, ou seja, nasceram empresas que se especializaram em fornecer os serviços aos doentes; e os IAPs tinham recursos para comprar e pagar para quem contribuísse com o Sistema. Dessa forma, os recursos que as pessoas trabalhadoras pagavam mensalmente para os IAPs foram canalizados para financiar grandes hospitais e o negócio do tratamento das doenças.

Para esse negócio funcionar bem, teve que criar uma mentalidade de que cuidar da saúde era só tratar as doenças e que os conhecimentos tradicionais, as fitoterapias e as práticas populares não serviam. A única coisa que servia eram os produtos e serviços vendidos nos grandes hospitais.

Os serviços para tratamento das doenças no Brasil se desenvolveram em larga escala no período da ditadura civil-militar. A transformação dos IAPs em INPS permitiu que o governo tivesse a disponibilidade de grande quantidade de recursos, principalmente na primeira metade da década de 1970, período no qual a economia cresceu – durante o milagre econômico brasileiro –, gerou empregos e aumentou o número de contribuintes.

Os governos militares utilizaram esses recursos para financiar obras faraônicas e para comprar serviços de atendimento às doenças da iniciativa privada. O próprio governo financiava a construção e os equipamentos de hospitais privados para depois garantir o lucro,

comprando e pagando os serviços de atenção à doença. Dessa forma, os serviços de promoção e prevenção foram abandonados, e todos os recursos financeiros, canalizados para a “indústria da doença”.



Fruto dessa política que centralizou as atividades no tratamento das doenças, ampliando a quantidade de hospitais, de consultas e de exames, as empresas privadas de prestação de serviços para o tratamento da doença se expandiram e se fortaleceram economicamente com recursos públicos. Em contrapartida, aumentou o número de doenças como cólera, febre amarela, peste bubônica e verminoses, em função da falta de investimentos em saneamento, em promoção e prevenção da saúde.

Como resultado de tudo isso, temos duas questões centrais: uma delas é que o INPS/INAMPS começou a não ter mais recursos para pagar os serviços privados de tratamento das doenças (fruto dos desvios dos recursos e da crise do desemprego) e os hospitais construídos com recursos da classe trabalhadora deixaram de prestar serviços para o INPS/INAMPS, passando a prestar serviços privados, seja com pagamento individual, seja atendendo planos privados. O segundo resultado é que foi nesse contexto do final da década de 1970, em plena luta contra a ditadura, que se fortaleceram movimentos sociais defendendo outra concepção de saúde e um novo modelo de política pública que daria origem à proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), construída na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e consolidada na Constituição de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90.

CAPÍTULO 5: CONTEXTO 4 – MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE

A década de 1970 foi marcada por aspectos contraditórios:

- a) grande crescimento econômico, o milagre brasileiro, estimulado pelo financiamento multinacional, pelo endividamento do País e pela “Revolução Verde”. A mecanização do campo e a utilização de um pacote químico de fertilizantes, herbicidas e inseticidas resultaram numa maior concentração de terras e grande expulsão de famílias de agricultores para as cidades. Contraditoriamente, o crescimento desordenado das cidades, a falta de saneamento, o arrocho salarial, a falta de políticas de saúde e educação criavam um alto grau de insatisfação da população com governos militares que nem a censura conseguia esconder;
- b) foi o período de maior atrocidade do regime militar: censura da imprensa, prisões, torturas, exílios e desaparecimentos forçados de opositores. O *slogan* era “Brasil: ame-o ou deixe-o”. Muitas lideranças políticas, sociais e intelectuais sofreram tortura, foram mortas ou tiveram que deixar o País. Contraditoriamente, foi nesse período que surgiram e se fortaleceram movimentos sociais de resistência ao regime militar e ao que ele representava. Alguns setores optaram pela resistência armada, a guerrilha;

outros iniciaram a organização de base, através da igreja – Comunidades Eclesiais de Base (CEBS) e Conselho Indigenista Missionário (CIMI) –, de organizações sindicais e de movimentos populares.

Nesse contexto contraditório e de luta por um novo modelo de sociedade e de Estado, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, o qual defendia, em conjunto com as transformações sociais e políticas, que a saúde é “um direito de todas e todos e um dever do Estado”. Portanto sua atenção deveria ser integral e a gestão dos serviços deveria ser democrática, com controle social da comunidade. Esse movimento congregou profissionais de saúde, professores universitários, líderes sindicais e o movimento comunitário, unificando diferentes setores e organizações, que passaram, numa soma de esforços, a aprimorar a formulação acadêmica e a luta pela conquista de direitos.



A luta pela construção do direito à saúde foi longa e árdua. Destacamos, aqui, a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986; foi a primeira conferência com participação social, com representação de diferentes movimentos. Ela foi precedida de muita mobilização social e possibilitou que seus participantes estivessem unificados em torno da proposta de garantia ao direito à saúde. Outro momento marcante foi durante a Assembleia Constituinte, na qual houve muitos embates, mobilizações e articulações para que, mesmo com maioria conservadora de constituintes, fosse possível aprovar a “saúde como direito de todas e todos e dever do Estado” (artigo 196 da CF/1988).

O SUS ganhou base legal em 1988. Desde então, disputa com a tendência mercantil de saúde e, por consequência, com o modelo de sociedade que sustenta sua compreensão de saúde e seu modelo de Estado. Com isso, é importante perceber que a conquista da base legal foi apenas um passo da luta e que ela continua cotidianamente, conquistando, por meio de luta e mobilização da sociedade, o direito humano à saúde.



Parte 3: Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e financiamento

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Vimos no capítulo anterior que, até 1988, o sistema de saúde no Brasil não era para todas as pessoas, mas para uma parcela da população que contribuía diretamente na fonte, por exemplo, quem trabalhava com carteira assinada. Quanto a quem não tivesse a carteira

assinada, tinha acesso aos serviços de saúde por meio de desembolso direto (pagava diretamente para quem prestava de serviços), ou então ficava à mercê de ações caritativas. Vimos também que, hegemonicamente, saúde era tomada somente numa compreensão reduzida, ou seja, não tinha a perspectiva da promoção, prevenção, das redes de cuidado, dos condicionantes e determinantes de saúde.

Também vimos que os serviços de saúde se relacionam diretamente com o modelo de proteção social adotado pelos Estados. Podem ser destacados, segundo Paim, três modelos de sistemas de saúde: seguro social, assistencial e seguridade social. O seguro social tem inspiração no modelo bismarckiano, que é financiado pela classe trabalhadora, por quem emprega e pelo Estado, mas os serviços são garantidos apenas para quem contribui diretamente na fonte. Esse modelo perdurou por um período no Brasil e resquícios dele ainda são percebidos atualmente, como quando as famílias precisam pagar para acessar os serviços e as ações de saúde.

Já o modelo assistencial consiste na garantia de alguns serviços para quem “comprova a sua condição de pobreza”. Neste modelo, a responsabilidade pela garantia do atendimento à saúde é do mercado e não do Estado. Aliás, para quem defende esse modelo, quanto menos o Estado intervir, melhor para a autonomia e a liberdade das pessoas. Esse é o modelo norte-americano.

O último modelo, no qual o SUS se inspira, é o de Seguridade Social. Está atrelado à concepção de Beveridge, o qual entendia a saúde como um bem comum, que deveria ser garantido para todas as pessoas, tendo o

Estado a responsabilidade de garanti-la; e o financiamento se daria de forma direta (a partir da classe trabalhadora) e indireta (caixa geral do governo).

Por isso a conquista do SUS na CF 88 é revolucionária: considera a saúde um direito humano fundamental e como uma questão da cidadania. Sua garantia não está associada ao “**mérito**” (seguro social), nem à comprovação da **condição de pobreza** (sistema assistencial) ou de **poder aquisitivo** (modelo capitalista), muito menos à **caridade** (filantropia). Com base na concepção de *Seguridade Social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (Paim, 2015).

O professor Paim chama a atenção para outro elemento: o SUS é um sistema de saúde e não somente um sistema de serviços de saúde. O SUS se relaciona com um modelo de desenvolvimento e com um projeto de país.

O SUS tem ações e serviços de promoção, proteção e de recuperação. Há de se destacar que promover saúde não se confunde com as promoções do comércio, cujo objetivo é estimular as vendas e por isso relaciona-se a várias estratégias de *marketing*, prêmios, propagandas... Promover saúde significa “fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais e inespecíficas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades” (Paim, 2015). Neste caso, importam boas condições de vida, trabalho decente, ambiente saudável, saneamento básico, lazer, educação, uma vida sem feminicídios, racismos, LGBTQIfobia e tantas outras formas de violências.

Quando se fala em proteger a saúde, está-se fazendo referência a formas de “reduzir ou eliminar riscos, por meio

de ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cinto de segurança nos veículos, distribuição de camisinha para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas” (Paim, 2015). Recuperar a saúde é cuidar da pessoa quando acometida por alguma enfermidade e, por isso, requer acesso de qualidade e resolutivo a serviços de saúde, rede de ação qualificada desde o território.

Todas as ações e os serviços públicos de saúde, assim como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, devem, de acordo com a Lei 8080/90, ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes e os princípios constantes na CF 88. Mas quais são esses princípios? É sobre isso que trataremos no próximo item.

CAPÍTULO 2: OS PRINCÍPIOS DO SUS

Quando construímos uma casa, primeiro levantamos as bases para que a construção se mantenha firme e não caia; com o SUS, ocorreu a mesma coisa: era necessário definir suas bases. Quando, na edificação de uma residência, alteramos um dos alicerces, a construção também fica comprometida; o mesmo ocorrerá com o SUS: os princípios, a base do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. Esses são os fundamentos da política pública de saúde no Brasil, e a ausência deles, ou o esquecimento de um deles, fará com que o SUS perca sua essência: a capacidade de garantir o direito à saúde a todas as pessoas. Entre os princípios, está o esforço de construir um sistema de saúde regido pelos mesmos fundamentos em todo o Brasil. Diferentemente de todas as políticas de saúde implementadas anteriormente no País, o SUS não é um serviço, uma instituição ou um conjunto de “mini-SUS”, mas um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum (ABC do SUS, 1990). Sendo um sistema que se organiza em todo o território nacional, sob a mesma filosofia, de quem é a responsabilidade pela sua implantação? É das três esferas de governo: União, estados e municípios. Para tratar dos diferentes princípios do SUS, vamos dividi-los: primeiro, os princípios que estão na base da sua construção; em seguida, os princípios ou as diretrizes que devem orientar sua organização em todo o País.

Capítulo 2.1: Universalidade

Conforme o artigo 196 da Constituição, a **saúde é direito de todas as pessoas e dever do Estado**. Embora possamos dizer que essa frase expressa o óbvio, é importante repeti-la, porque muitas vezes o óbvio não é garantido.



Duas são as implicações desse artigo constitucional:

- a) a saúde é direito de todas as pessoas: se, antes da Constituição de 1988, era preciso contribuir para a Previdência Social para ter acesso à saúde pública, agora todo cidadão deve tê-lo pelo simples fato de ser humano, não importando sexo, idade, crença religiosa, partido político ou contribuição previdenciária. A lógica do conceito de “saúde” do Estado de Bem-Estar Social teorizado por Beveridge, que entendia a saúde como direito da cidadania, está presente no SUS. Entendida como direito, a saúde deve ser gratuita. Desrespeita a lei e, portanto, deve ser responsabilizado o prestador de serviço público ou privado, contratado pelo SUS, que cobra qualquer quantia de pessoas usuárias. A Lei 12.653, de 28 de maio de 2012, considera crime exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial. O responsável pelo estabelecimento de saúde que descumprir a lei poderá ser punido com três meses a um ano de reclusão. Entretanto, a gratuidade não é um favor prestado pelo poder público. É, antes de tudo, parte da dignidade humana, portanto, ninguém dá um direito ao outro, mas constrói e conquista historicamente esse direito. Deve-se considerar, ainda, que todas as pessoas contribuem com impostos ou taxas, mesmo que não tenham contrato formal de trabalho. Por exemplo, ao se adquirir qualquer produto para consumir, nele já está incluído um imposto; por isso, é mais

do que justo termos serviços públicos de qualidade, como os serviços de saúde. Se pagarmos por esses serviços nos postos de saúde, hospitais, clínicas ou adquirirmos um plano de saúde, estaremos pagando duas vezes pela saúde;

- b) a saúde é dever do Estado (municípios, estados e União): quando reconhecemos a saúde como direito fundamental, alguém deve ter a responsabilidade de construir as condições concretas para sua efetivação. Embora a sociedade em geral tenha um papel na implementação do SUS, a responsabilidade primeira ou máxima é do Estado. Nesse sentido, a saúde não é favor prestado pelo vereador, prefeito, governador ou presidente da República.

SAIBA MAIS: UNIVERSALIDADE NÃO É “TODAS E TODOS”?

Você sabia que há uma tendência mundial que diz que universalidade não é “todas e todos”, mas “algumas e alguns”? Esse é um debate reafirmado pelo FMI e Banco Mundial, que dizem não ser possível um Sistema Universal de Saúde Pública no qual todas as pessoas tenham direito à saúde, mas que apenas quem se encontra em vulnerabilidade social maior é que deveria ser incluído. O problema é que essa concepção reforça o argumento de que a responsabilidade pela saúde é do indivíduo e que cabe ao Estado “ajudá-lo”; é quase como entendermos a saúde como uma caridade do Estado e não um direito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem se posicionando de forma contrária a esta perspectiva: para ela, “o gozo do grau máximo de saúde

que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social”. Para isto, foi pactuada com os países-membros a estratégia de Saúde Universal, segundo a qual “este direito deve ser promovido e protegido pelos países sem distinção de idade, etnia, sexo, gênero, orientação sexual, idioma, nacionalidade, local de nascimento ou de qualquer outra condição” (OPAS, 2019). Portanto, a saúde é direito de todos e dever do Estado, pois, no conceito de “saúde”, estão implicadas condições sociais, culturais e econômicas. Quando a saúde é vista pela ótica do mercado e não pelo cuidado do humano, a regulação passa a se dar pelas leis do mercado, e não pela prioridade à vida. Mas este não é um debate distante, que acontece apenas no âmbito internacional; ele influencia o dia a dia de cada um de nós! Lute pelo SUS, por um sistema universal de saúde em que todos tenham direito à saúde como direito humano. A OPAS publicou em 2019 o “Informe da Comissão de Alto Nível refletindo sobre Saúde Universal no século XXI: 40 anos de Alma-Ata”.

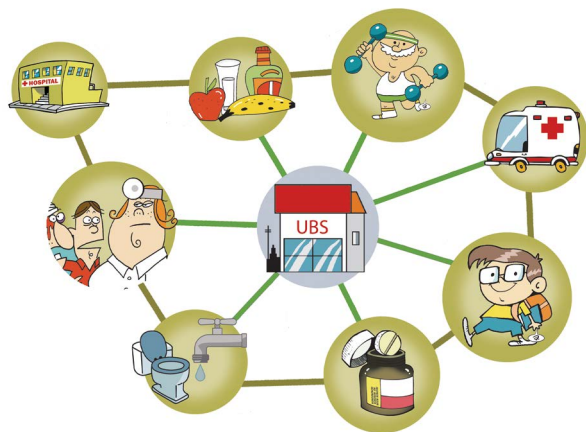
Capítulo 2.2: Integralidade

O SUS parte de uma concepção de “ser humano” presente em toda sua estruturação. Compreende-o como “um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser entendido com essa visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (ABC do SUS, 1990). Nesse sentido, o princípio da integralidade do SUS é entendido de duas formas:

- a) integralidade vertical, integralidade do ser humano: o ser humano é entendido como um todo, não fragmentado, integrado à comunidade e vivendo num contexto específico. Quando as ações em saúde não levam em conta todos os aspectos envolvidos na vida do ser humano – biológicos, psíquicos e sociais –, fragmentam-no e atuam sobre uma parte. Mesmo que não de forma explícita, esse modo fragmentado de entendimento do ser humano faz parte da indústria da doença defendido pela tendência mercantil de saúde;
- b) integralidade horizontal, integralidade do sistema: sendo o ser humano um todo, ele precisa ser atendido por um sistema de saúde que dê conta desse todo. Isso quer dizer que temos direito às diversas ações em saúde: promoção, prevenção, recuperação, assistência, reabilitação e alívio, que precisam estar articuladas. Conforme o artigo 198 da Constituição, temos direito ao “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Isso significa que o importante é promover e prevenir as doenças para

que o ser humano viva bem. Em certos momentos, a promoção e a prevenção não são suficientes, pois somos atingidos por moléstias. Nesse caso, temos direito aos serviços assistenciais, tanto de tratamento como de reabilitação. Se não estão disponíveis num determinado município, deve-se encaminhar a pessoa a outro município que possa fazer o atendimento.

De forma sintética, é possível dizer que a integralidade compreende o ser humano e o SUS como um todo. Compreender o ser humano como um todo é não reduzi-lo a partes – como perna, braço ou cabeça; compreender o sistema de forma integral é entender as ações em saúde em todos os níveis, da baixa à alta complexidade.



Capítulo 2.3: Equidade

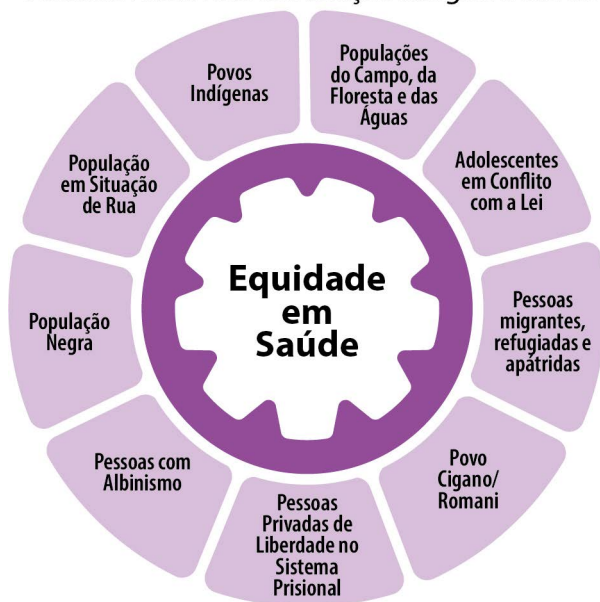
O princípio da equidade no SUS busca oferecer ações em saúde conforme a peculiaridade e a necessidade das pessoas. Nascemos com traços biológicos particulares e nos construímos como seres humanos dentro de realidades geográficas, culturais e sociais diversas. O SUS prevê que esses aspectos sejam levados em conta na sua implementação. Isso significa que, ao mesmo tempo que igualamos as pessoas no âmbito do direito – pelo princípio da universalidade, todas as pessoas têm direito ao SUS –, precisamos diferenciá-las do ponto de vista de suas necessidades específicas, garantindo ações em saúde conforme essas necessidades. Por exemplo, embora o princípio da universalidade preveja que todas as pessoas tenham direito a um transplante de coração, não significa que o SUS precise estar preparado para transplantar 212,6 milhões de corações, o número estimado da população brasileira em 2024 (segundo o IBGE). Isso seria praticamente insustentável do ponto de vista financeiro, e nem todas as pessoas precisam de um transplante de coração.

Os problemas de saúde se diferenciam de uma pessoa para outra. O sistema precisa estar preparado para garantir diferentes serviços para todas as pessoas. O princípio da equidade também se refere à garantia do acesso a todas as pessoas, independentemente de sua localização geográfica, como as comunidades ribeirinhas e extrativistas, quilombolas, as comunidades do campo e as da floresta. Isso porque o princípio da equidade relaciona-se com igualdade e justiça social. O artigo 196

da Constituição Federal fundamenta um sistema de saúde que inclui o princípio da equidade, visando reduzir riscos de doenças e garantir acesso universal e igualitário.

É esse reconhecimento da diferença, como garantia da universalidade, que tem alimentado a construção de várias políticas de promoção da equidade em saúde no SUS, as quais merecem a nossa atenção de modo que sejam implementadas nos territórios. Elas visam garantir atendimento integral e respeito à diversidade de populações. Essas políticas são fruto de muita formulação e mobilização de coletivos, conselheiras, conselheiros e militantes do SUS e devem ser ampliadas e qualificadas continuamente.

Políticas Nacionais de Atenção Integral à saúde



A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial ao acolher e articular as demandas desses grupos. Citamos como exemplo a Política Nacional para a População em Situação de Rua; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, das florestas e das Águas – entre outras. Sugerimos, para aprofundamento dessa temática, o filme *Equidade*, produzido pelo CEAP, em 2024.

CAPÍTULO 3: DIRETRIZES ORGANIZATIVAS DO SUS

A organização do SUS deve ter como base todos os seus princípios. Quando um gestor de saúde não segue essa doutrina, não está implementando a lei da saúde e está desrespeitando a cidadania. Para que o SUS seja, de fato, um sistema de saúde de qualidade, que garanta saúde para todas as pessoas, deve ser organizado à luz dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios devem se traduzir na forma organizacional do sistema, regida pelo que podemos chamar de “diretrizes organizativas do SUS”. Diferentemente das outras políticas de saúde implantadas antes de 1988, essas diretrizes vão garantir um sistema único: regionalização, hierarquização, descentralização, racionalização e resolução, complementaridade do setor privado e participação da comunidade.

Capítulo 3.1: Regionalização

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 (e legislações complementares) instituiu a regionalização como base do modelo organizativo do SUS: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada”. Essa ideia remonta à Conferência de Alma-Ata, que afirmava a importância de organizar a assistência à saúde no território, perto da casa das pessoas, para garantir o acesso a toda a população, de forma universal, equânime, integral e gratuita. Com isso, contribui à otimização dos investimentos; evita duplicação de ações e serviços; amplia a cobertura e a qualidade do atendimento com maior custo-benefício; promove equidade e fortalece a governança local e regional, pois estimula a articulação e o planejamento entre pessoas gestoras.



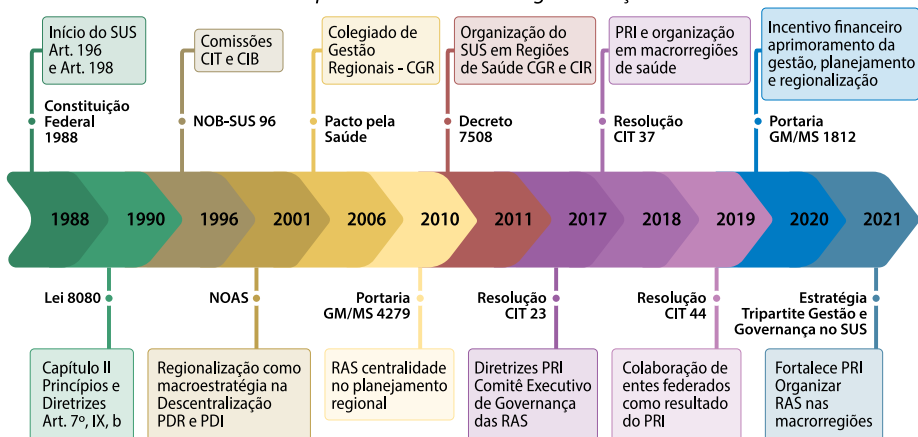
O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, avança na estruturação do SUS de forma regionalizada. Conforme o documento, ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma integrada entre municípios vizinhos, que se identificam cultural e geograficamente, por meio de uma rede de atenção à saúde. Isso quer dizer que consultas, exames e procedimentos devem ser organizados em uma rede de saúde, de forma hierarquizada: integrando a atenção básica com os demais níveis de cuidado; se necessário, encaminhando para os hospitais, laboratórios e institutos especializados, de forma organizada e a partir de contratualizações entre ambos. Em síntese, ações e serviços em saúde devem estar organizados a partir de regiões, delimitadas do âmbito municipal ao federal, passando pelo estadual, numa rede que garanta ao cidadão fácil acesso a serviços qualificados. Quanto mais perto da população os serviços e as ações forem executados, menos sofrimento para as pessoas e maior a capacidade de agir sobre as causas dos problemas de saúde de determinada região.

É necessário, entretanto, que cada gestora ou gestor municipal converse com pessoas gestoras dos municípios vizinhos e com o Estado para gerir a saúde a partir da região. A governança das regiões, e nas regiões de saúde, sempre se colocou como um desafio para a gestão do SUS. Desde 1988, foram vários os instrumentos que normatizaram tal gestão. Atualmente, temos o Decreto 7.508/11 e várias resoluções da Comissão Tripartite da Saúde e do Ministério da Saúde que normatizam tal relação. Vejamos o quadro a seguir.

Para compreendermos a organização das regiões

e macrorregiões de saúde, duas resoluções da CIT são importantes: a resolução CIT número 23/2017 – que estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado (PRI), elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde (RAS) no âmbito do SUS; e a Resolução CIT número 37/2018, que dispõe sobre o processo de PRI e a organização de macrorregiões de saúde. Ambas falam sobre o PRI e que, para a regionalização ser resolutiva e de qualidade, ela precisa ser organizada e planejada de acordo com as necessidades, considerando a rede de ações e serviços de saúde disponíveis naquele território.

Linha do tempo das normas sobre regionalização no SUS



As instâncias responsáveis pela pactuações e governança do PRI são: a) âmbito nacional: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); âmbito estadual: a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e Representantes do Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), e a Comissão Intergestores Regional (CIR), composta por representantes da Secretaria Estadual, representantes das Secretarias Municipais no âmbito da região. Há reiterados questionamentos sobre a “ausência do controle social” nessas instâncias, o que faz levantar a pergunta: como o controle social integra o PRI? Com certeza é mais um desafio posto a conselheiras e conselheiros, mesmo sabendo que o PRI deve levar em consideração os planos municipais de saúde.

Capítulo 3.2: Hierarquização

A regionalização prevê acesso fácil e de qualidade ao sistema de saúde. Isso não significa que todos os municípios ofereçam todas as ações e os serviços em saúde, o que seria irracional e insustentável. Por isso, o SUS prevê que “as ações e os serviços públicos de saúde estejam articuladas entre si de forma hierarquizada, da atenção básica à alta complexidade, constituindo, assim, um sistema único” (CF 1988, artigo 198).

A hierarquização, juntamente com a regionalização e a

descentralização, define como a rede de ações e serviços de saúde deve ser estruturada e como o acesso deve acontecer. Ela organiza os fluxos, a referência e a contrarreferência, de acordo com o tipo de atendimento necessário para a situação específica, em níveis de complexidade crescente. Ou seja, as necessidades possíveis de serem atendidas nos territórios próximos onde as pessoas vivem são atendidas pela atenção básica. E, quando a atenção básica não tiver condições de resolver, tem a responsabilidade de encaminhar imediatamente a outra com condições de fazê-lo, de acordo com a organização das redes de atenção e cuidado em saúde.

Em resumo, o princípio da hierarquização é fundamental para a organização e o funcionamento eficiente do SUS, buscando garantir que cada cidadão receba o atendimento adequado à sua necessidade no nível de complexidade apropriado. O decreto 7.508/2011 prevê como portas de entrada a atenção básica, a atenção de urgência e emergência, e a atenção psicossocial. Ou seja, o acesso ao SUS é feito por essas portas e não por “favores” de conhecidos furando a fila. Todo e qualquer procedimento no SUS deve ser iniciado pelas portas de entrada, passando, a partir daí, se necessário, para os demais níveis de complexidade.

Podemos dizer, então, que o objetivo da hierarquização é organizar o fluxo de atendimento, otimizando recursos e garantindo a integralidade do atendimento, através da referência e da contrarreferência. É bom saber que estas garantem o fluxo adequado de pacientes entre os diferentes níveis de cuidado. A pessoa é referenciada (encaminhada) para um nível de maior complexidade

quando sua necessidade ultrapassa a capacidade do nível atual, e contrarreferenciada (retornada) para o nível de origem quando o cuidado especializado não é mais necessário, para continuidade do acompanhamento.

É importante notar que a hierarquização deve estar articulada com o princípio da regionalização, que organiza os serviços de saúde em regiões geográficas para facilitar o acesso e a integração dos diferentes níveis de atenção dentro de um mesmo território.

Capítulo 3.3: Descentralização

A descentralização é o meio de resolver um problema sério do setor da saúde. Até a implementação do SUS, havia uma concentração dos recursos e centralização do poder de decisão no Ministério da Saúde, em Brasília. A capacidade gerencial das políticas e dos recursos por parte do ministério era muito limitada, porque o Brasil é geograficamente muito grande. Essa centralização desperdiçava recursos em determinados locais, fazendo faltar em outros, o que gerava dificuldade de responsabilização dos diferentes níveis de governo. A descentralização se fundamenta na teoria de que, “quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto” (ABC do SUS, 1990). A garantia constitucional está no artigo 198: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”. Com isso, os estados, mas principalmente os municípios, ganham poder para organizar a saúde de acordo com a sua realidade específica – é a municipalização da saúde, que dá poder de decisão a quem

executa. Conforme a Constituição Federal, aos estados e à União cabe a responsabilidade de cooperarem técnica e financeiramente (artigo 30, inciso VII). É importante ressaltar que, depois da aprovação do SUS, muito do que se fez com o argumento da descentralização foi uma municipalização da saúde. O município teve que assumir um compromisso cada vez maior nas ações e serviços, mas dependendo dos recursos do governo federal, com quem fica a maior parte dos impostos das pessoas. Isso acaba desvirtuando o real sentido do que o movimento sanitaria queria com a descentralização.

Capítulo 3.4: Racionalização e resolução

Ações e serviços devem ser definidos e organizados de modo a solucionar os problemas de sua região de saúde. Para fazer o planejamento, é importante verificar os indicadores epidemiológicos. O princípio da racionalidade prevê que não haja oferta de procedimentos desnecessários e, portanto, desperdício de recursos. A construção e a aquisição de estruturas, como hospitais, aparelhos e remédios, e também a oferta de serviços não deve ser definida por este ou aquele grupo, amigo do vereador ou do prefeito, mas pela demanda real da população. Por isso, o sistema deve ser resolutivo, isto é, procurar resolver o problema do cidadão, empregando tempo, custo e sofrimento mínimos possíveis, mas de modo resolutivo. O cidadão que precisa de atendimento não pode ser mandado de porta em porta; ao entrar em qualquer porta do sistema, a unidade deverá buscar a solução

ou encaminhar o cidadão para outra com capacidade resolutive, sem exigir procedimentos desnecessários para cobrar mais serviços do SUS.

Capítulo 3.5. Complementaridade do setor privado

O SUS prevê que ações e serviços sejam garantidos a partir da estrutura do setor público. Quando essa estrutura for insuficiente, o gestor poderá recorrer ao setor privado, que atuará de forma complementar ao sistema. A forma de participação será acordada com o gestor público por meio de contrato ou convênio. Nessa participação privada, terá preferência o setor filantrópico – não lucrativo – do SUS. A prestação de serviços pelo setor privado não tira o caráter público do SUS. O cidadão, quando for atendido em estruturas privadas, da mesma forma como nas públicas, estará garantindo a efetivação de seu direito à saúde. Por isso, quem deverá definir as regras para essa contratação de serviço privado é o SUS. Essa prerrogativa está na Lei 8.080/90, artigo 22: “na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento”. No contrato ou convênio, terá sempre primazia o fim público – direito à saúde do cidadão –, e não o fim privado – lucro. Quem presta serviço privado deverá estar de acordo com os princípios e as normas técnicas do SUS. Precisa, ainda, se integrar ao processo de regionalização e de hierarquização dos serviços de saúde da região à qual pertence.

Capítulo 3.6. Participação da comunidade

Se o princípio da descentralização parte da máxima de que, “quanto mais perto do fato for tomada a decisão, maior a chance de acerto”, o princípio do controle social parte da máxima de que, “quanto maior o envolvimento da sociedade na construção e fiscalização do SUS, mais chances de êxito haverá”. Todas as pessoas envolvidas no SUS têm papel na sua implementação: profissionais, prestadores, gestores e, principalmente, usuárias e usuários que acompanham o cotidiano da política pública. Antes da aprovação do SUS, principalmente na época da ditadura, um dos problemas estruturais da política de saúde no Brasil era o distanciamento da sociedade, que pouco espaço tinha para influenciar nas definições e na implantação dessas políticas. Embora experiências embrionárias tenham sido feitas com a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), em 1983, e, mais tarde, com a aprovação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, a efetivação constitucional da participação social ocorreu somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal.



O texto constitucional contempla, em seu artigo 198, “a participação da comunidade”. Mais tarde, a Lei 8.142/90 traduziu o texto constitucional em duas formas de participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo – União, estados e municípios. A conquista do controle social na saúde e em outras políticas públicas contempla o anseio histórico da sociedade de radicalizar cada vez mais a democracia, na qual o poder emana do povo. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde não possuem caráter meramente consultivo, mas têm o poder deliberativo: eles decidem sobre a política da saúde. O exercício do controle social se baseia na democratização do conhecimento e estimula a organização da sociedade para o efetivo exercício da democracia direta na gestão do SUS. É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social de sua execução, em todos os níveis, do federal ao local. Dada a importância do controle social na construção do SUS, ele será fundamental também na sua implementação e consolidação. O controle social não é apenas “mais um princípio” do SUS, e sim o “princípio por excelência” para o movimento popular, e dele depende a saúde do sistema. É fundamental refletirmos sobre o papel que o controle social exerce no SUS e quais os grandes desafios que são colocados para o movimento popular nos próximos anos.

CAPÍTULO 4: FINANCIAMENTO DO SUS

O SUS, como vimos até agora, é um *sistema universal público de saúde*. Isto quer dizer que não é apenas uma consulta ou uma lista de alguns serviços prestados: ele deve cuidar integralmente das pessoas, todo dia, mesmo daquelas pessoas que não vão a uma Unidade Básica de Saúde ou a um hospital.

E, para que esse sistema se constitua em sistema universal de saúde pública de qualidade, há que dispor de recursos financeiros públicos adequados e suficientes. O SUS precisa de financiamento público para de fato cuidar de todas as pessoas com qualidade e resolutividade.

E de onde vêm os recursos para financiar as políticas públicas? Os recursos para financiar as políticas públicas, entre elas o SUS, advêm da tributação (contribuições, taxas, impostos...), dos recursos naturais (pré-sal, minérios, água, petróleo) e das empresas públicas (Petrobras). Todas e todos nós contribuímos com o financiamento do SUS por diferentes meios – no caso dos impostos, com o imposto sobre consumo (quando compramos arroz, feijão, tomate, etc.) ou com o imposto sobre a renda e propriedade (sobre o nosso salário e bens que possuímos). Porém, no Brasil, há uma desigualdade muito grande na arrecadação dos impostos: a maior parte da arrecadação provém da produção e venda de bens e serviços, e a menor, bem menor, provém dos impostos sobre renda e patrimônio. Mesmo o Brasil tendo feito recentemente uma reforma tributária, e apesar de o tema da inequidade tributária

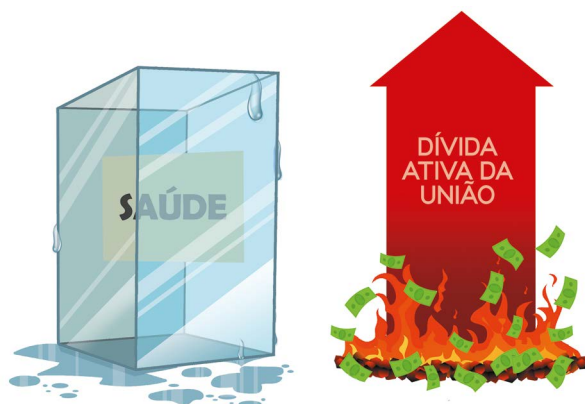
estar em permanente debate e disputa, a arrecadação ainda recai sobre consumo e não sobre renda, o que gera mais desigualdade social: quem menos tem é quem mais paga imposto. Segundo o relatório *Desigualdade S.A.* da Oxfam Brasil (2024), 1% da população brasileira detém 63% da riqueza do Brasil e 50% das pessoas mais pobres detêm 2% do patrimônio do Brasil. Como diz o velho ditado: “Dono de iate paga menos imposto que a dona de casa que compra um quilo de feijão na feira”. Resultado disso é que quem menos ganha (a pessoa trabalhadora assalariada) é quem mais paga imposto no Brasil; por isso a luta por reformas tributárias progressivas para reparar injustiças sociais também deve estar permanentemente nas nossas agendas de lutas. Em 2024, por exemplo, a Câmara dos Deputados vetou a proposta de taxação de grandes fortunas.

Em síntese, o próprio povo brasileiro, trabalhadora e trabalhador com carteira assinada ou não, contribui direta ou indiretamente para o financiamento da saúde.

E como o Estado (País) gasta o dinheiro que arrecada? Aliás, com quem o Estado gasta o dinheiro que arrecada do seu povo? Se olharmos o orçamento da União de 2024, veremos que, do total de dinheiro que o Estado arrecadou, 42,96% foram utilizados para pagar juros e amortizações da dívida. Ou seja, quase metade de todo o valor arrecadado por ano é apenas para pagar classe banqueira e de especulação. Esse valor já foi maior. Segundo a Auditoria Cidadã, o gasto com dívida pública sem contrapartida quase dobrou de 2019 a 2021. Lembrando que esse foi um período de pandemia da Covid-19, marcado pela morte de 600 mil brasileiras e brasileiros, pela falta de vacinas,

leitos hospitalares, oxigênio, cancelamento de cirurgias e exames não realizados. Não é à toa que o relatório da Oxfan aponta que a concentração de renda se acentuou no período da pandemia.

As nossas fontes de riquezas naturais, a exemplo do petróleo, também financiam os direitos sociais, e são muito disputadas pelo mercado sob a desculpa de que o Estado não sabe administrá-las; privatizam para atender os interesses do mercado, gerando riqueza para especuladores e investidores privados em vez de financiar direitos sociais como saúde, educação, habitação, lazer, cultura, infraestrutura para o povo brasileiro.



Até aqui, vimos as questões gerais do orçamento público, a fonte dos recursos do Estado e as disputas em torno delas. Na sequência, vamos conversar um pouco sobre o financiamento da saúde.

Segundo a Constituição Federal de 1988, o “Sistema Único de Saúde será financiado [...] com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Mas de quanto deverá ser este financiamento? Segundo a Lei 8080/90, em seu artigo 31, “o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades”.

A experiência histórica do SUS nos mostra que a lógica do financiamento foi inversa, levando a um subfinanciamento, e em 2016, com a Emenda Constitucional 95, a um desfinanciamento da saúde. Em vez de construir os orçamentos da saúde orientados pela pergunta “De quanto precisamos?”, os orçamentos foram construídos a partir do “De quanto dispomos?”. O descompasso entre a necessidade e a disponibilidade foi grande, pois o disponível, que está estritamente relacionado com o projeto de Nação e com as forças políticas que disputam o orçamento público, sempre esteve muito longe do necessário. Para entender essa dimensão, é importante considerar que pelo menos três quartos da população brasileira dependem exclusivamente do SUS para a sua assistência em saúde. Mas mesmo aquele um quarto da população que não usa diretamente o SUS precisa dele. Por quê? Porque o SUS vai além dos serviços de saúde. Por exemplo, uma pessoa que paga plano privado pode não

acessar a rede pública de consultas ou exames, mas usa o SUS quando vai a um restaurante almoçar ou quando compra medicamentos, lembrando que o SUS também dispensa medicamentos. O SUS está presente na vida de toda a sociedade brasileira, independente de cada pessoa usar ou não os serviços de consultas e exames.

Em 2011, depois de grande mobilização nacional pela aprovação da EC-29, houve a aprovação da Lei 141/2012, que estabelece os mínimos que cada ente federado deve investir na saúde; define o que é e o que não é gasto em saúde para o orçamento; e, também, estabelece que o repasse dos recursos seja feito via fundo a fundo, obrigando os municípios, os estados e a União a criarem o “Fundo de Saúde”, em uma conta exclusiva dos recursos advindos para a saúde, que pode ser melhor fiscalizada por conselheiras e conselheiros de saúde.

A luta por recursos suficientes e adequados para o SUS sempre foi uma constante para conselheiras e conselheiros e lideranças de saúde, como, por exemplo, o Movimento Saúde+ 10, que entregou oficialmente para o Congresso um milhão e meio de assinaturas para propor projeto de Lei de Iniciativa Popular assegurando que a União repassaria 10% das suas receitas brutas para a saúde.

Por outro lado, a ofensiva neoliberal, que vê a saúde como uma boa maneira de ganhar dinheiro, aprovou em 2016 a EC 95. Esta previa que, a partir de 2018, o valor aplicado na saúde pela União não fosse modificado pela variação do PIB (conforme previa a Lei 141/12) e da Receita Corrente Líquida (RCL, EC 86/2015), mas equivalente ao piso do ano anterior corrigido pela inflação. Segundo o

Conselho Nacional de Saúde, durante a sua vigência (de 2018 a 2022), a EC 95 representou uma perda de R\$ 60 bilhões para a saúde. Com a redução do financiamento da saúde, as filas aumentaram, a rede de ações e serviços de saúde foi precarizada e reduziu-se o investimento em infraestrutura tecnológica da saúde. Além disso, quando se tem uma regra fiscal que considera o gasto como única razão da dívida e esquece que a dívida é gerada também pela “receita”, ou pela “falta de receita”, abre-se mão da equação completa, cuidando apenas de um lado – além de diminuir os gastos, deve, por outro lado, aumentar a receita (estímulo do crescimento da economia).

Se não olhar para a receita, poderá haver um déficit estrutural. Foi o que aconteceu na vigência da EC 95: ao cortar os gastos, reduziu também as receitas, especialmente com aumento das renúncias fiscais. Há pesquisas que demonstram que, enquanto o Estado Brasileiro deixava de investir na saúde, sob a alegação de que precisava reduzir seus gastos, as renúncias fiscais para o setor privado da saúde aumentaram consideravelmente no mesmo período.



Depois de muita pressão popular, a EC 95 foi revogada pela PEC da Transição em 2022, a qual instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, posteriormente substituído pelo Novo Arcabouço Fiscal, aprovado em 2023. Voltaram a valer os pisos constitucionais de saúde e educação, e foi retomado o crescimento real das despesas. Além de se prever uma recuperação das perdas da saúde provocadas pela EC 95, estabeleceu-se uma política de incremento real de recursos para a saúde.

Qual o valor que cada ente federado deve investir na saúde?

- a) O governo federal, principal responsável pelo financiamento do SUS, deverá aplicar anualmente, segundo a EC 86, 15% da receita corrente líquida (RCL).
- b) O governo estadual, segundo a lei 141/12, deverá investir no mínimo, 12% da sua receita líquida.
- c) Municípios e o Distrito Federal, segundo a Lei 141/12, devem investir no mínimo 15% das suas receitas líquidas.

As ações e os serviços de saúde, assim como os seus recursos, devem estar previstos no Plano de Saúde, integrando todo o ciclo orçamentário da gestão: PPA, LDO e LOA. No próximo capítulo, detalharemos cada um desses instrumentos e como eles se relacionam com os instrumentos de planejamento do SUS.

Por fim, O SUS precisa de mais recursos públicos para de fato ser um sistema universal de saúde. Se compararmos o gasto em saúde do Brasil, conforme dados da OCDE de 2022, com os de outros países de sistemas universais,

como a Alemanha, por exemplo, veremos que o Brasil gasta 9,4% do seu PIB em saúde enquanto o Alemanha gasta 12,6% do seu. Olhando assim, parece pouca a diferença, mas ela é muito maior, sabe por quê? No Brasil, somente 3,93% são gasto público; e 5,39% são gasto privado. Na Alemanha, o gasto público é de 10,9% contra 1,7% de gasto privado. (Pereira *et al.*, 2025, página 40).

A luta pelo financiamento adequado e suficiente para o SUS é uma constante do controle social. A 17ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a proposta do gasto público com saúde de 6% do PIB até 2033. Esta é uma luta concreta e que deve ser assumida coletivamente.

No entanto, além de haver mais recursos, é importante também que esses recursos contemplem o fortalecimento do SUS e a garantia do direito humano à saúde e não o contrário, ou seja, que se fortaleça a iniciativa privada ou que esses recursos sejam usados para outros fins que não o do SUS.

Sem financiamento, não há direitos sociais. Para ter saúde de qualidade, resolutiva e para todas as pessoas, o Estado (País) deve investir recursos financeiros em sua garantia e realização. E, vejam, é o Estado que deve fazer isso, não o mercado da saúde, pois, como discutimos no primeiro capítulo, a saúde é direito e não mercadoria; ela não é um negócio que objetiva acumular lucro para algumas pessoas em detrimento da doença de muitas pessoas, concentrando riqueza para poucas pessoas e contribuindo com a desigualdade social.

SAIBA MAIS: ESTRUTURA TRIBUTÁRIA

O tema da estrutura tributária não pode ficar de fora da agenda de conselheiras, conselheiros e lideranças de saúde. Como sabemos, o financiamento das políticas sociais advém prioritariamente de tributos e contribuições pagos pelas pessoas. Uma reforma tributária não pode significar pura e simplesmente o aumento de impostos, ou, então, a simplificação de tributação: deve contemplar a progressividade do sistema (invertendo o cenário histórico no Brasil, no qual as pessoas trabalhadoras, as com pequenas e microempresas são as que mais pagam impostos) e a justiça fiscal. Além disso, existem dois elementos que pouco se publicizam e impactam fortemente no SUS, sendo de suma importância conselheiras, conselheiros e lideranças de saúde incluírem em suas agendas de discussões: o caráter regressivo e perverso da renúncia fiscal em saúde e o fato de gastos com planos privados de saúde e tratamentos privados (inclusive tratamentos estéticos) poderem ser descontados integralmente do Imposto de Renda. Em 2023, por exemplo, apenas as deduções de saúde no IRPF e IRPJ (R\$ 39,9 bilhões) superam em quase o dobro os R\$ 20,6 bilhões pagos pelo SUS em todos os 13,3 milhões de atendimentos hospitalares naquele ano. (IEPS, 2024, página 185) A ausência de arrecadação desses recursos afeta diretamente o financiamento do SUS. Essa é uma forma de financiar o setor privado com dinheiro público e que retira recursos do SUS, discriminando pessoas, reforçando os privilégios em função de renda e indo contra o princípio constitucional da equidade.



Parte 4: Participação social

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Vimos no primeiro capítulo que os modelos de organização de sociedade resultam em modos diferentes de conceber a saúde. Também vimos que esses modelos de sociedades são construídos historicamente em contextos diversos, mas sempre há tensionamentos e disputas, realizados por sujeitos que sonham e acreditam em modelos diferentes e, principalmente, por sujeitos que

percebem que estão tendo seus direitos negados, que estão sendo privados de viverem uma vida bem vivida e feliz.

Essas disputas foram construindo, também, formas de organização política e de Estado, ou seja, as formas de como as pessoas participam ou não da vida política. Participar do Estado é importante, pois ele é a instância reconhecida para gerenciar as relações sociais, econômicas, civis de sua população.

A depender do modelo de desenvolvimento seguido por determinados governos, teremos conduções diversas, como vimos no segundo capítulo, na história das políticas de saúde no Brasil. Podemos ter um Estado que assume para si o dever de prover o direito à saúde, entendida no marco dos direitos humanos; ou podemos ter um Estado que entende que isso é responsabilidade de cada um e que, portanto, o mercado financeiro pode regular, responsabilizando-se por ações específicas e pontuais. Por isso, a forma como as pessoas participam do Estado também é disputada, dado o jogo de poder estabelecido. Historicamente, acumulamos vários regimes de organização política de um Estado: monarquia, parlamentarismo, democracia – democracia representativa e democracia participativa – e regimes totalitários, como as ditaduras.

No Brasil, vivemos alguns desses modelos, como a monarquia, a ditadura e a democracia. Mesmo que atribuamos períodos específicos para cada um, não significa dizer que esses se constituam em regimes puros e totalmente isentos de outros regimes; podem existir, por exemplo, comportamentos e posturas de regimes totalitários em regimes democráticos, e vice-versa.

Neste capítulo, não vamos estudar cada regime político, apenas descrevê-los de forma a compreendermos a “participação social” prevista no SUS como radicalização da democracia e importante instrumento de força para garantirmos a saúde como direitos de todas as pessoas, no marco dos direitos humanos.

Regime político é a forma escolhida para organização e funcionamento de um Estado, inserido dentro de um modelo de sociedade. Está em constante disputa por vários segmentos da sociedade, dado o reconhecido poder na instituição. A forma de condução desse Estado, e também o modelo de sociedade seguido, influenciará a vida de cada pessoa no cotidiano. Por isso, todas as pessoas devem participar e disputá-lo, pois é a forma de gerir a vida em sociedade que está em jogo.

CAPÍTULO 2: DEMOCRACIA

Todas e todos, em algum momento, já ouvimos falar de democracia e, de uma forma ou outra, já participamos dela e por ela. Quando votamos, quando participamos de uma audiência pública ou de uma conferência, quando fazemos uma reunião no bairro ou nos filiamos a um partido político, estamos usufruindo dos vários instrumentos da democracia. Essa participação só é possível por estarmos em um regime democrático. Para ser democrático, o regime pressupõe a participação das pessoas nos diversos espaços públicos. Democracia se fortalece e se constrói com o exercício de sua prática.

A compreensão de “democracia” não tem interpretação única no Brasil e no mundo. Há disputas sobre as formas de compreender a democracia; dependendo de qual compreensão predominar, teremos, conseqüentemente, uma compreensão de participação social. A participação social, no entanto, só é possível em regimes democráticos. Como conselheiras, conselheiros de saúde e lideranças sociais, temos que estudar o tema, pois disso resultará a forma como a participação social do SUS será concretizada.

Na Grécia antiga, “democracia” era o governo da maioria e, por isso, a soberania era exercida pelo povo. **Demos** significa “povo”, e **crates**, “poder”. Democracia é, assim, o “poder do povo”. Governo da maioria é um princípio básico fundamental da democracia ocidental, aplicada especialmente no processo eleitoral. Com algumas variações, a maioria dos países respeita o

princípio da maioria como procedimento de escolha das suas autoridades. Um dos problemas reside em quem se constitui a maioria. Se olharmos para o Brasil, a universalização do voto só ocorreu em 1988. Além disso, até 1985, pessoas analfabetas não tinham o direito ao voto, sendo que essa proibição excluía em sua grande maioria pessoas negras, indígenas, pobres e mulheres. Houve, também, períodos em que somente brancos, homens e donos de propriedades tinham o direito ao voto; logo, não era a maioria que escolhia seu governo, mas a minoria – assim, o governo era de algumas pessoas para algumas outras pessoas. As mulheres conquistaram o direito de votar e serem votadas em 1945.

No Brasil, duas tendências democráticas tencionam a forma de realização da democracia: a representativa e a participativa. A democracia representativa é aquela em que o povo, por meio do voto, escolhe quem o representará, e cada representante deverá governar de acordo com a Constituição do povo. Nessa concepção de democracia, a participação social se dá pelo voto, e representantes – escolhidos por eleição – devem, pois, *representar* os interesses de quem o votou, concebendo seus mandatos não como suas propriedades, mas como representação de grupos sociais e do povo. Os grupos sociais não participam diretamente do governo e da tomada de decisões, mas indiretamente, pelos seus representantes. O problema é que muitas experiências, tanto no Brasil quanto no mundo, têm mostrado que essa relação entre representantes e representado nem sempre é nutrida pelos interesses das pessoas representadas.

A democracia participativa se desenvolve a

partir da democracia representativa e entende que a participação do povo se dá não somente pela escolha de seus representantes, mas também por outras formas de participação no governo, por meio de plebiscitos, referendos, audiências públicas, Conselhos e Conferências de políticas públicas. Essa forma de democracia tenta aproximar o governo em relação às pessoas, de maneira a entender melhor seus anseios e necessidades e fazer um governo que atenda essas demandas. Essa forma de entender a democracia, incorporada pelo SUS no Brasil, permite um maior diálogo e controle das políticas públicas.

A participação social é fruto de um processo cotidiano de construção, que ainda enfrenta resistências e ataques, em grande medida relacionados a resquícios autoritários, herdados, especialmente, dos Regimes Imperial e Ditatorial. Tais resquícios se expressam tanto na cultura política quanto nas práticas institucionais, revelando a dificuldade de enraizar valores democráticos. Nesse cenário, a democracia que queremos para o Brasil não pode ser tomada como um dado ou uma conquista definitiva, mas como um campo em disputa, exigindo a sua defesa, construção e vigilância social permanente.

Os acontecimentos recentes evidenciam essa necessidade. Em 2016, o impeachment da presidenta Dilma Rousseff e em 08 de janeiro de 2023, os ataques às sedes dos Três Poderes expuseram, de forma explícita a permanência de forças antidemocráticas organizadas, dispostas a recorrer à violência para interromper processos legítimos.

Esses episódios demonstram que a democracia brasileira ainda é frágil e carece de avanços para ser consolidada.

Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer e radicalizar a democracia, garantindo mecanismos que impeçam novos golpes de Estado e assegurem a continuidade de processos políticos legítimos e verdadeiramente democráticos, assegurando a soberania popular.

SAIBA MAIS: REFORMA DO SISTEMA POLÍTICO

Conselheiras, conselheiros e lideranças de saúde devem se inteirar dessa importante agenda no Brasil que é a reforma por outro sistema político. Não se trata apenas de uma reforma do sistema eleitoral, ou seja, da organização partidária e da periodicidade das eleições; acima de tudo, refere-se a questões estruturais que provoquem as transformações necessárias nas instituições políticas e no exercício do poder, como, por exemplo, romper com estruturas patriarcais, imperialistas, étnico-raciais, geracionais e econômicas. Outro limite de uma proposta centrada apenas no sistema eleitoral é não incidir na descentralização e democratização dos meios de comunicação e na discussão da democratização do poder judiciário sem interferir na sua autonomia. Portanto, reforma por outro sistema político é muito mais que uma reforma eleitoral.

Nesse curto tempo de exercício democrático, o Brasil desenvolveu algumas boas experiências de democracia participativa, como a participação social ratificada pelo SUS, reconhecendo-a como parte estruturante da sua política. O SUS, mais que uma política pública de saúde, é um modelo de desenvolvimento social e político. Outras experiências também são relevantes, como as das áreas da educação, assistência social, alimentação, ambiental, moradia, reforma agrária e direitos trabalhistas, e estão dentro da lógica da compreensão de democracia além da mera representação.



Afinal, de que tipo de participação social estamos falando? Antes de detalharmos o conceito de “participação social” incorporado pelo SUS, é necessário retomarmos a origem do conceito de “controle social” no Brasil, para entendermos algumas posturas e comportamentos assumidos por algumas pessoas em nome da “participação social”. Temos o hábito de falar de controle social como sinônimo de participação social; outras vezes, usamos o conceito em outro sentido, mas sempre consideramos o controle da sociedade sobre o Estado. Porém, nem sempre foi assim. No período da ditadura civil e militar, era o Estado que exercia o controle sobre a sociedade, privando-a do direito de participar dos espaços públicos em qualquer dimensão, desde conselhos estudantis até a escolha de representantes do governo. Quem ousasse romper ou afrontar esse controle sofria graves punições, como a tortura e o exílio.

Durante a redemocratização do Brasil, muitas pessoas lutaram para que o controle social fosse da sociedade para com o Estado, e não vice-versa, uma vez que se compreendia o Estado como aquele que está a serviço do povo. Essas pessoas lutavam pela redemocratização e também pela radicalização da democracia.

Também vale lembrar que, quando falamos de democracia, não estamos falando apenas do cumprimento formal das regras de seu funcionamento; a democracia pressupõe a realização de direitos. É no sistema democrático que a noção do Estado que garante o direito das pessoas é fortalecida. Ou seja, o que se espera da democracia não é apenas o cumprimento formal do processo eleitoral ou da possibilidade de exercer a liberdade individual,

mas, fundamentalmente, a realização dos direitos, como educação, saúde, previdência e moradia. Aliás, só há avanço ou consolidação da democracia quando o regime é capaz de atender as demandas de seus cidadãos. Em outras palavras, significa dizer que, quanto mais os direitos estão garantidos, mais a democracia fica consolidada.

CAPÍTULO 3: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Para entendermos o conceito de “participação social” incorporado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), precisamos ter presente a luta pelo direito humano à saúde protagonizada pelo Movimento da Reforma Sanitária e, também, a compreensão de democracia participativa. Reconhecer a participação social como uma das diretrizes do SUS significa entender que a população local, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, contribui com a consolidação do SUS, desde a troca de informações, de debates, experiências, proposições e deliberação, até a socialização e a avaliação da política pública. Ou seja, a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde, e não mera receptora ou espectadora. Em outras palavras, o SUS incorpora a concepção de que a participação da comunidade é fundamental para a ampliação da democracia e para a efetivação das políticas públicas de saúde.

A compreensão resultante do Movimento da Reforma

Sanitária é a de que participação social ou controle social participa em todo o processo da política pública, desde a proposição até a fiscalização e avaliação, passando pelo planejamento, monitoramento, acompanhando, inclusive o modo como o dinheiro público é usado na execução das políticas públicas. O controle social é entendido como a participação efetiva da comunidade na gestão do SUS. Dessa maneira, controle social é mais que fiscalização: é a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja em cada área. No caso da saúde, significa a comunidade decidir quais as políticas públicas de saúde pretendem que sejam implementadas. É um diálogo entre o poder público e a sociedade.

Compreender controle social nessa ótica é compreendê-lo como parte do processo decisório, é torná-lo parte da gestão do Estado. Controle social, nessa compreensão, é um dos instrumentos para radicalizar a democracia.



Se, de um lado, os espaços formais de participação social aumentaram desde a Constituição de 1988, de outro, há inúmeros desafios a serem superados: desde o esvaziamento da participação social – resultado da compreensão neoliberal de Estado – até a falta de reconhecimento pelo Estado desse espaço de poder decisório. Se quisermos falar em “radicalização da democracia”, precisamos enfrentar esse pano de fundo que se estabelece na relação entre Estado e sociedade civil para rediscutir qual o papel de cada um e, também, qual o modelo de democracia.

Ao reconhecer os Conselhos e as Conferências como espaços de discussão e decisão sobre a política de saúde nas três esferas de gestão – municipal, estadual e federal –, o SUS consolida uma noção de “democracia” além da puramente formal. Ao fazer com que, ao menos uma vez por mês – os Conselhos se reúnem, em média, mensalmente –, centenas de milhares de pessoas sentem e discutam sobre o SUS, o modelo de participação na saúde consolida uma prática participativa democrática fundamental. Além disso, em tempos de discussão e necessidade de reformas no sistema eleitoral brasileiro, o modelo participativo do SUS tem muito a contribuir, pois já conseguiu avançar em temas que estão na pauta das questões que uma possível reforma do sistema eleitoral deveria contemplar. Um desses temas é a participação de diferentes segmentos que devem ser representados nos espaços participativos. Enquanto o sistema eleitoral é profundamente marcado pela sub-representação, nos Conselhos e nas Conferências, a paridade e a representação de mulheres, negros, indígenas e outros segmentos estão

garantidas. Daí a importância da participação social para a consolidação da democracia.

Capítulo 3.1: Instâncias oficiais de controle social na saúde

As instâncias de controle social previstas na Lei 8142/90, no seu artigo 1º, são as Conferências e os Conselhos de Saúde. Vejamos em que consiste cada uma dessas instâncias.



Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde é uma das instâncias de controle social previstas na Lei 8142/90:

§ 2º – 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 serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Vamos por partes. Ao dizer que o Conselho tem **caráter permanente**, a lei está afirmando que a instância deve sempre existir, independentemente da vontade do gestor. Em outras palavras, o Conselho não pode ser extinto por nenhuma autoridade local. Isso garante autonomia e poder. Dessa forma, o Conselho de Saúde é instituído por lei – federal, estadual ou municipal –, não podendo contrariar a legislação do SUS. Ao atribuir um *caráter deliberativo* ao Conselho de Saúde, a lei reconhece seu poder de deliberar, de decidir sobre assuntos de saúde do seu município, estado ou da União. Isso quer dizer que o Conselho tem o poder de definir “sim” ou “não”, aprovar ou desaprovar contas ou ações da política de saúde, e tal decisão deverá ser seguida e respeitada. O Conselho de Saúde não é um espaço de representação dos interesses pessoais, da família ou de parentes de conselheira ou conselheiro, mas de representação das diferentes entidades da sociedade que lutam e defendem os direitos

humanos. É por isso que o Conselho é um *órgão colegiado*: representantes de diferentes segmentos da sociedade – mulheres, negros, pessoas com deficiência, sindicatos, associações comunitárias, profissionais que atuam saúde, pessoas prestadoras de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios...) e pessoas gestoras (secretaria de saúde municipal e representantes regionais de saúde) – participam do Conselho de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 453, de 10 de maio de 2012, aprovou as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. É importante que a conselheira e o conselheiro de saúde estudem e conheçam essa resolução.

A Lei 8142/90 diz que o Conselho de Saúde deve ser organizado de forma paritária, contemplando: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. “Paritário” significa que o número total de conselheiras e conselheiros dos dois grupos deve ser igual, ou seja, no Conselho, o número de pessoas usuárias nunca pode ser menor que o do total de pessoas gestoras, prestadoras e profissionais. O Conselho está constituído conforme apresenta a tabela a seguir.

50% Usuários

Exemplo:

- Associação de moradores
- Sindicatos
- Movimentos sociais e organizações



25% Profissionais

Não são profissionais enquanto pessoas físicas, mas a categoria que representa os profissionais da saúde. Alguns exemplos:

- Conselho Regional de Enfermagem
- Sindicato dos Médicos
- Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde

25% Governos e Prestadores

Exemplo:

- Secretarias de Saúde
- Hospitais
- Ambulatórios

A mesa coordenadora e as comissões devem ser constituídas respeitando-se a paridade, e devem ser votadas pela plenária.

O Conselho tem autonomia para estabelecer, por meio de seu regimento interno, as regras de funcionamento. Alguns pontos são fundamentais e devem estar no regimento. Entre eles:

- estabelecer reuniões ordinárias, no mínimo mensais, com calendário, horário e local definidos (por exemplo: segunda quinta-feira de cada mês, às 19 horas, na Câmara de Vereadores). Isso é importante para que conselheiras, conselheiros e a comunidade se programem para participar, evitando também que o gestor marque reuniões de última hora com o objetivo de esvaziar o plenário;
- secretariar todas as reuniões para que as decisões fiquem registradas em ata – que deve ser lida, aprovada e assinada por conselheiras e conselheiros;
- formular resoluções das principais decisões do Conselho;

- d) estabelecer algumas comissões internas para facilitar os trabalhos (por exemplo: comissão de fiscalização, comissão de finanças, comissão técnica, comissão de educação permanente). Essas comissões devem estudar as matérias específicas e levar seus pareceres para o plenário do Conselho, facilitando o entendimento do assunto e, com isso, as votações. A Comissão de Educação Permanente é um espaço importante para conselheiras e conselheiros aprofundarem o debate em torno do SUS, proporcionando momentos coletivos de estudo e aprofundamento do tema (por exemplo: uma dinâmica bimestral interna pode permitir que o Conselho de Saúde se reúna para estudar e refletir sobre determinado tema; pessoas externas podem, também, ser convidadas; tarefas podem ser distribuídas entre conselheiras e conselheiros);
- e) as pautas das reuniões ordinárias dos Conselhos devem ser definidas com antecedência pela coordenação da mesa, em diálogo com demais conselheiras e conselheiros e com a gestão, atentando sempre para temas e questões importantes do território. É preferível, porém, que a pauta seja definida pela plenária da reunião anterior, para que conselheiras e conselheiros demonstrem preparo para debatê-las (por exemplo: a pauta do mês de junho deve ser definida na reunião de maio, e todas as informações sobre os temas do encontro devem chegar às mãos de conselheiras e conselheiros, no mínimo, oito dias antes do debate). Temas como a construção do PS, PAS ou análise do RDQA devem ter calendário

próprio e mais estendido, permitindo que todas as pessoas leiam, discutam nas suas entidades e façam seus apontamentos à comissão própria para isso ou ao Plenário quando for discutido e votado. Assuntos emergenciais podem entrar no ponto “assuntos gerais” ou, se necessário, será convocada uma reunião extraordinária, desde que conselheiras e conselheiros sejam avisados com antecedência;

- f) entender que o papel de conselheira e conselheiro é político e não somente técnico. Nesse sentido, é importante que a pauta das reuniões do Conselho não fique atrelada somente à burocratização, mas que seja espaço de discussão e definição da política de saúde no município. Conselheiras e conselheiros devem demandar a pauta e não somente o gestor da saúde.

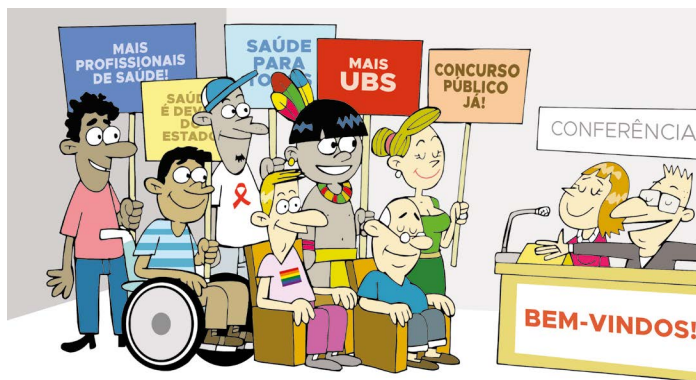
Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde são um espaço de ampla participação da comunidade e têm o papel de avaliar a política pública de saúde periodicamente – a cada quatro anos. A Conferência tem o papel de formular as diretrizes da política de saúde para determinado período, além de orientar a elaboração do Plano de Saúde. A ação do Conselho deve estar em consonância com o discutido na Conferência.

Segundo a Lei 8142/90, a Conferência de Saúde deve se reunir a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da

saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. É na Conferência de Saúde que o povo avalia, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal.

As conferências não devem se limitar à escolha de delegados para participarem de conferências de outras esferas. Por isso, é importante que sejam precedidas pelas pré-conferências, que contribuem na mobilização e na discussão da temática da Conferência de Saúde. No caso dos municípios, as pré-conferências podem ser realizadas nos bairros ou regiões. As Conferências de Saúde também devem respeitar o princípio da paridade na eleição de delegadas e delegados, os quais terão direito a voto; no entanto, todas as pessoas participantes têm direito a voz. A comunidade deve se organizar e participar desse espaço, avaliando e sugerindo diretrizes para a saúde.



SAIBA MAIS: 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Aconteceu em julho de 2023 a 17ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema central “Garantir direitos, defender o SUS, a vida e a democracia – Amanhã vai ser outro dia!”. Essa edição foi considerada histórica, pois representa a resistência e defesa da democracia, a retomada do diálogo da Gestão com a participação e a defesa de um SUS universal. A então ministra da Saúde, Nísia Trindade, afirmou em seu discurso na abertura: “[...] não é mais possível pensar um governo isolado da sociedade civil. Nesses seis meses eu posso dizer que a saúde está de volta, mas é a saúde como um projeto coletivo na luta contra as desigualdades e pela conquista do bem viver”. O então presidente do CNS, Fernando Pigatto, reafirmou: “Somos diversos, mas estamos unidos na luta pelo SUS, na luta pela democracia”; e que essa Conferência foi construída num período de resistência, dialogando “com o futuro que a gente quer construir para o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e para o povo brasileiro”. Na ocasião, foi lançada a campanha “Aqui tem Conselho Local de Saúde”, uma grande mobilização nacional para efetivação e ampliação de Conselhos Locais de Saúde (CLS) como espaços de participação popular.

O Conselho de Saúde deve acompanhar o processo de convocação e mobilização e influenciar na escolha do tema geral e das temáticas específicas a serem discutidas na Conferência de Saúde. É importante que o Conselho de Saúde também contribua na construção de uma boa metodologia, para que as pessoas participem ativamente da Conferência. Quanto mais informações as pessoas tiverem sobre a realidade da saúde, mais poderão contribuir com a construção do processo. Por isso, é importante que os conselhos e fóruns subsidiem a comunidade com dados epidemiológicos, sociais e econômicos de seu município.

O espaço da Conferência não pode se limitar a falas do gestor apresentando o que fez durante sua gestão. Sim, isso é importante, mas a Conferência é o momento de a comunidade avaliar a política de saúde, apontar os desafios e elencar as prioridades. O espaço da Conferência deve ser um momento de escuta para pessoas gestoras e a comunidade em geral contribuírem do seu jeito, a partir da forma como percebem o SUS no dia a dia no seu território. Não são obrigadas a saber das informações técnicas e/ou detalhes da política pública da saúde.

A Conferência antecede a elaboração do Plano de Saúde.

Capítulo 3.2: Financiamento do controle social

O funcionamento dos Conselhos de Saúde, bem como sua independência e autonomia das Secretarias de Saúde, pressupõe a existência de infraestruturas física,

administrativa e financeira adequadas.

É necessário que governos, além da disponibilização de recursos financeiros para deslocamento e diárias das conselheiras e dos conselheiros, também ofereçam, aos Conselhos, espaço físico e equipamentos próprios, disponibilidade de pessoal para a secretaria executiva e para assessorias técnicas, recursos financeiros para a formação permanente das conselheiras e dos conselheiros.

Tanto que, entre as diretrizes da resolução do CNS número 453/2012, está a “quarta diretriz”, a qual diz o seguinte: “[...] as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico”.

Esses termos foram reafirmados na Resolução 554 de 2017, em sua “terceira diretriz”, ao apontar que:

[...] as condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas Conferências de Saúde devem ser asseguradas por sua respectiva esfera governamental, nos termos previstos pela Lei Complementar número 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS número 454, de 14 de junho de 2012.

A Lei 141/2012, artigo 44, também assegura a garantia de processos de formação para integrantes do Conselho de Saúde:

No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos

usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do artigo 1º da Lei número 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

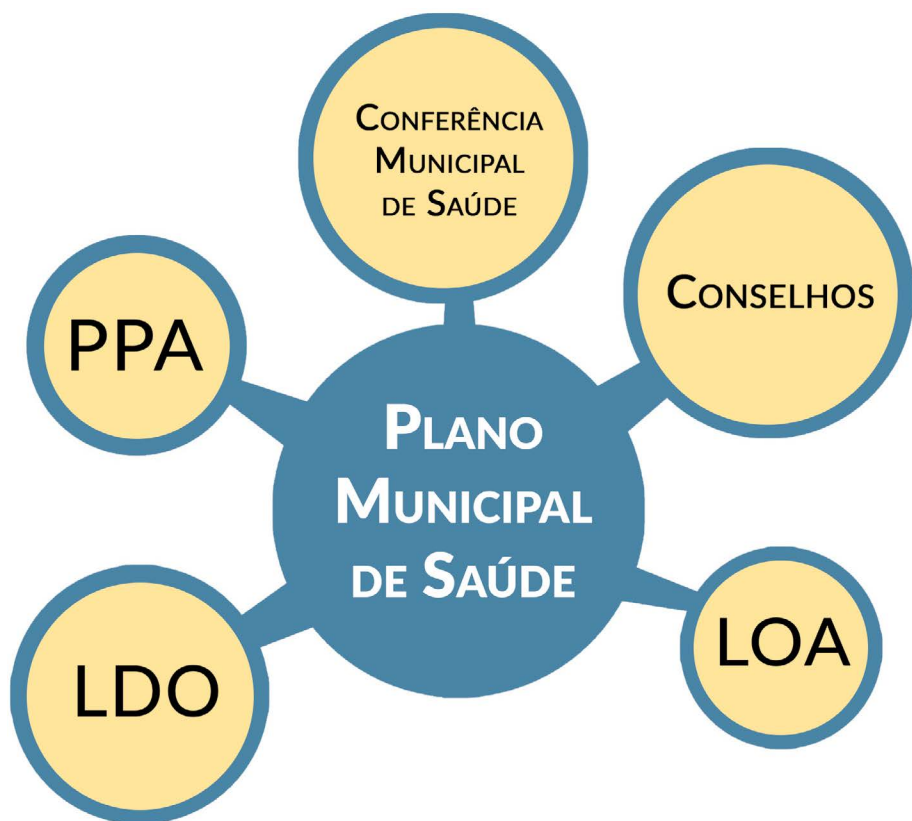
Mas, para isso, o Conselho precisa garantir, dentro do ciclo orçamentário (ver a seguir), os recursos para suas ações. Por exemplo, apresentar e aprovar na Conferência de Saúde recursos para o funcionamento do Conselho; recursos para formação de conselheiras e conselheiros de saúde e de campanhas de formação e fortalecimento do SUS, ou para outras ações como criação de Conselhos Locais de Saúde; inserir a proposta de fortalecimento do controle social (funcionamento dos Conselhos e outros), como diretrizes no Plano de Saúde e no Plano Plurianual.

Outro aspecto importante é a elaboração de um planejamento daquilo que será realizado no período, para saber quanto o Conselho precisará para realizar as suas ações. Além disso, o planejamento contribui para direcionar as ações do Conselho e garantir que o objetivo seja alcançado.

Em relação à prestação de contas, a Secretaria Executiva do Conselho é a responsável, mas o orçamento destinado aos Conselhos provém de recursos do orçamento da saúde, portanto a prestação de contas é da gestão e deve figurar no RAG.

CAPÍTULO 4: CICLO ORÇAMENTÁRIO E INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SUS

Apresentaremos na sequência algumas compreensões dos instrumentos de planejamento no SUS e da sua relação com o ciclo orçamentário da gestão. Não pretendemos elaborar um manual de como fazer planejamento no SUS, mas propor algumas reflexões que contribuam com as conselheiras e os conselheiros de saúde.



Planejamento se refere a ação, mesmo que muitas pessoas acreditam que ele seja puramente teórico ou só de “sonhos”, pois planejar é um compromisso com o fazer, é pensar antecipadamente a ação. Planejar na saúde não é ser movido pelas improvisações cotidianas ou pelo famoso “apagar incêndios”, mas é pensar em como se pode evitá-los e que tipo de “saúde” queremos para o próximo período. É ir além da vontade pessoal do gestor ou dos interesses do mercado da saúde e dialogar com as necessidades da população e do território. Nesse sentido, é possível compreender o

[...] planejamento como uma prática social que, ao tempo em que é técnica, é política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada finalidade e recorrendo a instrumentos (meios de trabalho tais como técnicas e saberes) e a atividades (trabalho propriamente dito), sob determinadas relações sociais, em uma dada organização (Paim, 2006, página 770).

Planejar, no caso da saúde, possibilita traduzir as políticas públicas ou diretrizes aprovadas na Conferência de Saúde em práticas assistências e de cuidado. Por isso é importante que o planejamento da saúde seja realizado de acordo com o território, com e para as pessoas que vivem nele, e não uma formalidade terceirizada somente para cumprir com a legislação.

Segundo a Portaria de Consolidação número 01, de 2 de outubro de 2017, em seu artigo 95, “Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório

de Gestão”. A seguir, veremos um pouco de cada um.

Capítulo 4.1: Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento estratégico para o SUS pois planeja as ações e os serviços de saúde para o período de quatro anos, orientando, inclusive, o planejamento do orçamento do governo (municipal, estadual ou federal) no tocante à saúde.

O Plano de Saúde deve ser elaborado no primeiro ano de governo, ou seja, no mesmo período que o novo governo (municipal, estadual ou federal) está elaborando o Plano Plurianual (PPA). Por isso, é indispensável que os prazos do Plano de Saúde observem os prazos do PPA, conforme previsto pelo artigo 96 da PRC número 1/2017. É importante ter presente que o ciclo do orçamento não coincide com o ciclo da gestão; por exemplo, a gestão que assume em 2026, e governa até 2029, irá elaborar o planejamento válido para 2027 a 2030. Por isso, o primeiro ano do novo governo sempre é a execução do plano do governo anterior.

A responsabilidade tanto da elaboração quanto da revisão periódica do Plano de Saúde é da gestão, conforme prevê a lei 8080/90. Porém, o ponto de partida é a Conferência de Saúde (Lei 8142/90); é nela que são propostas diretrizes que orientarão a política de saúde. Ao Conselho de Saúde, caberá a deliberação das diretrizes para o estabelecimento de prioridades (§ 4º, artigo 30, Lei 141/12) que serão incluídas no Plano de Saúde.

A Portaria de Consolidação número 01/2017, artigo 96,

§ 3º, normatiza a estrutura do Plano de Saúde, registrando que o plano deve conter três partes:

- I. Análise situacional de saúde;
- II. Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
- III. Processo de monitoramento e avaliação.

O quadro a seguir detalha cada etapa e apresenta exemplos concretos.

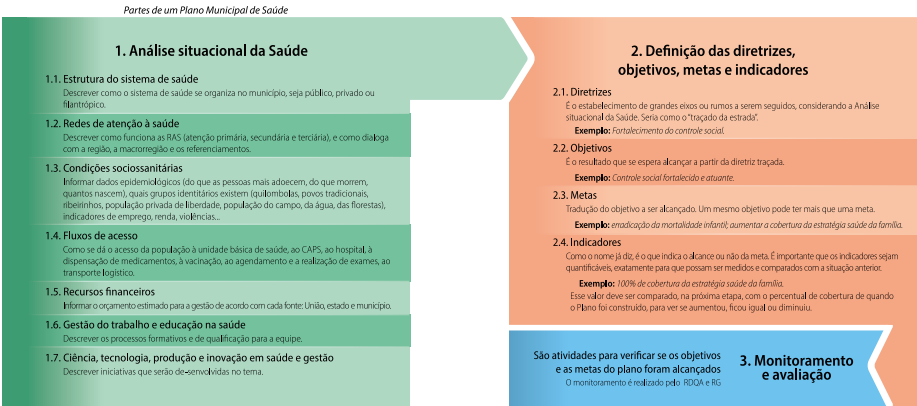
A seguir, reproduzimos o objetivo, a meta e o indicador do Plano Nacional de Saúde 2024-2027, a fim de exemplificarmos o que escrevemos anteriormente.

Objetivo 1: Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão (2024-2027)
1	Ampliar a cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde (APS).	Cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde.	64,56% (abr/2023)	91,02%
2	Ampliar o número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	Número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	199 (mar/2023)	299
3	Implantar Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	Número de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	36 (mar/2023)	76

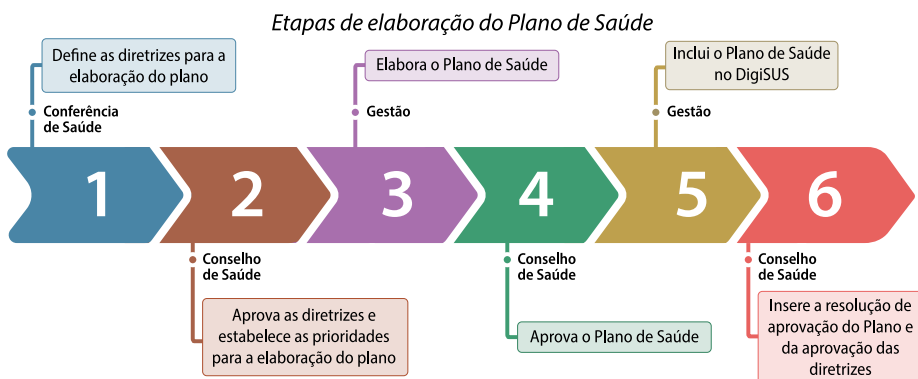
Depois de considerados esses elementos para a elaboração do Plano de Saúde, o gestor deve submetê-lo à apreciação e aprovação no Conselho de Saúde. Conselheiras e conselheiros de saúde devem discutir e analisar, com o devido tempo necessário, a proposta do Plano de Saúde. É preciso verificar e conferir se as demandas da população e as diretrizes da Conferência estão contidas no Plano; para isso, é necessário um período de tempo considerável. É aconselhável que o Conselho constitua comissões específicas para discuti-lo.

Após a apreciação, o Conselho de Saúde emite a resolução com resultado da apreciação e encaminha-a para a gestão. Esta, por sua vez, registra no DGMP (DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento) apenas a segunda parte do Plano, mas isso não quer dizer que não devam ser feitas as demais partes – o Plano completo será anexado posteriormente.



Ao finalizar o registro no DGMP, a gestão deverá anexar o documento completo do Plano de Saúde, enquanto o Conselho deve anexar a resolução de aprovação do Plano e a resolução que definiu as diretrizes a serem contempladas no Plano de Saúde.

É importante salientar que o Plano não poderá ser feito sem atentar para a portaria de Consolidação número 01/2017, artigos 95 e 96, que tratam especificamente sobre a elaboração do Plano de Saúde. Como vimos anteriormente, o fato relevante e novo que essa portaria traz em seu artigo 94, inciso V, é a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (o Plano de Saúde com as suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) em cada região. Deve, portanto, o Plano de Saúde, observar os prazos de PPA conforme lei orgânica de cada ente federado.



Esses artigos são importantes porque é o PPA que define as diretrizes orientadoras da LDO, que, por sua vez, regem a construção da LOA, a qual estabelece quanto o ente federado específico irá gastar em cada setor. Se queremos que o Plano de Saúde esteja em sintonia com o orçamento e as metas do gestor, devemos elaborá-lo antes do PPA, pois, do contrário, as grandes ações de saúde serão construídas sem a conferência, sem a análise situacional da área no município e sem a participação do Conselho. Sem essa compatibilização, poderá se garantir um belo Plano de Saúde mas que não terá o devido comprometimento do gestor ou a previsão orçamentária adequada, tornando nobres intenções em algo com pouca ou nenhuma efetividade.

SAIBA MAIS: ETAPAS DO ORÇAMENTO PÚBLICO

Plano Plurianual (PPA): é elaborado no primeiro ano do novo governo e entra em vigor no segundo ano do mandato, estendendo-se até o primeiro ano da administração seguinte. Contempla as grandes diretrizes que o município, o estado ou a União pretendem fazer durante o tempo de vigência de uma gestão e os meios para realizá-las, e deve ser aprovado pelo Poder Legislativo. É importante o Plano de Saúde estar em consonância com o PPA, pois, se as diretrizes do Plano de Saúde não estiverem no PPA, elas seguramente não se concretizarão.

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): é o detalhamento do PPA para o período de um ano.

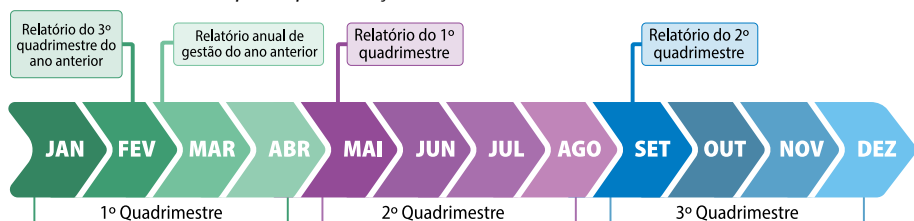
Lei Orçamentária Anual (LOA): após a aprovação do PPA e a especificação na LDO, na LOA, o Poder Executivo apresenta a proposta de como irá efetivar financeiramente as diretrizes.

Capítulo 4.2: Relatório de gestão

Segundo a portaria de Consolidação número 01/2017, artigo 99, o relatório de gestão é “o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde”. Deverá contemplar os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

O prazo para envio ao Conselho de Saúde é até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira. O Conselho, após análise, emite seu parecer conclusivo sobre o relatório e publica no DigiSUS.

Prazos para apresentação dos relatórios ao Conselho de Saúde



Além do Relatório Anual de Gestão (RAG), há o relatório detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). A Portaria de Consolidação número 1/17, em seu artigo 100, reconhece o RDQA “como um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde – PAS”. Conforme previsto no artigo 41 da Lei Complementar número 141/2012:

Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

O modelo para apresentação do respectivo relatório deverá seguir o padronizado na Resolução número 459 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e conter no mínimo informações sobre: o montante e a fonte dos recursos aplicados no período; auditorias realizadas; oferta e produção de serviços públicos na rede de assistência própria, contratada e conveniada, comparando com os indicadores de saúde da população local.

Os prazos para apresentação do RDQA são maio, setembro e fevereiro do ano subsequente.

Muitas vezes, pelo fato de o Relatório de Gestão ser mais técnico e de muitos números, algumas conselheiras e alguns conselheiros enfrentam dificuldades para entender. Isso não significa nenhum demérito para estas pessoas.

O conselheiro de saúde precisa ter tempo para olhar e esclarecer todas as dúvidas sobre o relatório e, caso necessário, contar com assessoria técnica. O que não pode é, por não entender, simplesmente aprovar ou desaprovar. Os números do Relatório de Gestão precisam traduzir ações e serviços de saúde executados no município e estar de acordo com o Plano Municipal de Saúde e com a Programação Anual de Saúde.

Capítulo 4.3: Programação Anual de Saúde

Segundo a portaria de Consolidação número 01/2017 de 02/10/2017, em seu artigo 97, “A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados”. Isso quer dizer que a PAS tem o objetivo de explicar quais das ações previstas no Plano Municipal de Saúde serão executadas no ano, prevendo os recursos necessários para tal.

Para atender o objetivo, a PAS deverá conter a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

É importante que conselheiras e conselheiros atentem ao prazo de aprovação, pois, assim como o Plano Municipal de Saúde precisa ser aprovado antes do PPA, a PAS precisa

ser aprovada antes da LDO, a fim de garantir os recursos orçamentários previstos.

Capítulo 4.4: DigiSUS Gestor – módulo planejamento (DGMP)

É uma plataforma digital criada para o registro de informações relativas aos instrumentos de planejamento no SUS. Segundo a Portaria de Consolidação 01/2017, artigo 436, ele deve ser usado, pelos municípios, estados e Distrito Federal, para: I - registro de informações e documentos relativos ao Plano de Saúde; à Programação Anual de Saúde; e às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores; II - elaboração de Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior RDQA; e Relatório Anual de Gestão RAG e; III - envio ao Conselho de Saúde:

- a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho;
- b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho;
- c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho.

Há comumente uma confusão em relação à função do conselho no DigiSUS. Como pode ser observado no artigo 436 da Portaria de Consolidação 01/17, o Conselho não insere indicadores, objetivos ou metas dos Planos de Saúde ou da PAS, mas insere o parecer sobre esses instrumentos. A seguir, exemplificamos as responsabilidades do conselho no DigiSUS.

Pactuação
interfederativa
dos indicadores



CONSELHO
Emissão de
parecer e
aprovação da
pactuação

Relatório
detalhado do
quadrimestre
anterior



CONSELHO
Análise e
avaliação

Relatório
anual de
gestão



CONSELHO
Análise,
consideração
e emissão
de parecer

CAPÍTULO 5: TRÊS DÉCADAS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

O que acabamos de descrever não deve ser estranho ao leitor. Mesmo que não tenha se envolvido de forma direta, você já deve ter visto ou ouvido falar do Conselho de Saúde ou da Conferência de Saúde – há mais de três décadas estamos construindo essa experiência no País. A cada quatro anos, cartazes aparecem nas Unidades de Saúde chamando para a conferência; volta e meia ouvimos falar no rádio da reunião do Conselho ou de uma denúncia apresentada ao Conselho que ganhou repercussão na cidade. Alguém poderia se perguntar sobre sua relevância, poderia se questionar dizendo “se não existissem esses espaços, o SUS já teria sido extinto?”. É sobre isso que queremos discutir agora.

Já dissemos que as mobilizações em prol da saúde pública resultaram no SUS que temos hoje. Explicamos, também, que o modelo implementado, sobretudo por conta dos Conselhos e das Conferências, compreende a democracia além da mera representação. Além disso, milhares de conselheiras e conselheiros Brasil afora têm contribuído, há mais de três décadas, para o aperfeiçoamento da política de saúde, para a transparência na gestão da política de saúde e, sobretudo, para o fortalecimento da experiência democrática participativa. Sem dúvida, o papel da participação e do controle social no SUS é central, às vezes, para avançarmos nas políticas

de saúde e, às vezes, para não retrocedermos. Apesar disso, enfrentam-se tentativas de enfraquecimento da atuação e do reconhecimento da importância do papel dos Conselhos.

Os dois espaços institucionalizados de participação na saúde são os Conselhos – municipal, estadual e nacional – e as Conferências – que ocorrem a cada dois ou quatro anos. Quem está há mais tempo nos Conselhos sabe das dificuldades que muitas dessas instâncias enfrentam para cumprir com o exercício do controle social, fazendo com que muitas vezes os Conselhos não funcionem como deveriam. Não há reuniões periódicas; a presidência ou a coordenação do Conselho é indicado pela gestão, algumas conselheiras e alguns conselheiros seguem os interesses da gestão e, em casos mais graves, há Conselhos que sequer se reúnem. Paralelamente a isso, os Conselhos que funcionam melhor têm imensa dificuldade de reunir novas lideranças. Nas eleições para a composição do Conselho, há sempre uma dificuldade para preenchimento de todas as vagas, quase sempre uma ou duas vagas ficam sem nenhum representante. Fica a impressão de que, cada vez mais, estamos fragilizados, não conseguimos renovar e reoxigenar nossos espaços participativos. Além disso, embora o Conselho seja palco de bons debates e de definição da política de saúde – aprovamos os Planos de Saúde, aprovamos o Plano Anual de Saúde, aprovamos as contas da gestão –, muitas vezes temos a sensação de que nossa ação não está fortalecida o suficiente para conseguirmos incidir estruturalmente na política pública de saúde. Há vários problemas que se repetem há anos: faltam profissionais de saúde, não há concurso público e

as Unidades de Saúde não atendem as demandas.

Diante dos desafios para efetivarmos o direito humano à saúde e a importância da participação social, diversas ações e reflexões estão sendo realizadas no intuito de fortalecer o conceito de “saúde” do SUS, formar lideranças, conselheiras e conselheiros de saúde e criar espaços de reflexões sobre desafios da participação social em saúde. Um exemplo é o Projeto Participa+ do Conselho Nacional de Saúde, que, ao lado de várias outras iniciativas, vem desenvolvendo ações formativas e contribuindo para fortalecer processos organizativos.

O Projeto Participa+ produziu um conjunto de reflexões sobre participação social em saúde. Gostaríamos de destacar dois aspectos. O *primeiro* é o de que as práticas de participação social no Brasil e na América Latina são diversas e todas elas são importantes para a efetivação do Direito Humano à Saúde.

Num esforço didático, sem a intenção de criar categorias e/ou gavetinhas, vamos apontar cinco diferentes perspectivas de participação social em saúde:

- a) controle social de políticas públicas: os espaços dos Conselhos e das Conferências são exemplos nítidos desta perspectiva. É importante destacar que não se trata apenas de um espaço de fiscalização, mas de formulação de diretrizes e de deliberação sobre planejamento, implementação, financiamento e avaliação das políticas de saúde em cada esfera de governo. Embora, no contexto da América Latina, o Brasil se destaque nesse formato de participação social, é importante frisar que existem experiências também em outros países, por exemplo os CLAS no

Peru;

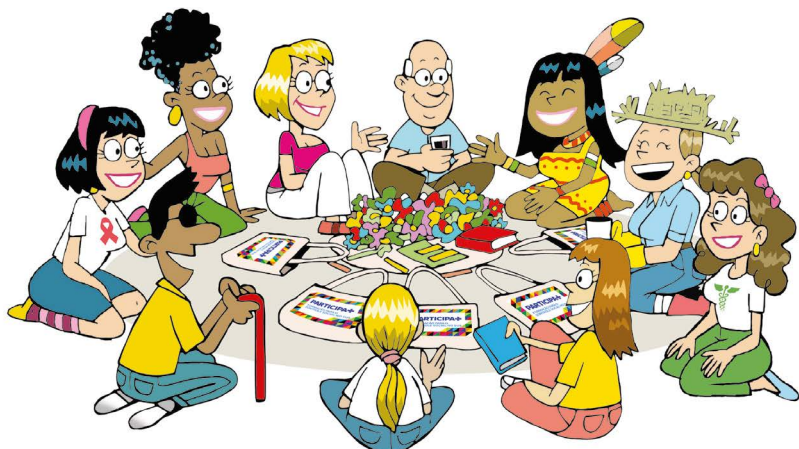
- b) participação para qualificar as ações de saúde e das estratégias da gestão: muitas pessoas gestoras buscam o envolvimento da comunidade para fortalecer suas políticas e estratégias. Por exemplo, envolver escolas, professores, alunos e familiares na prevenção da dengue, ou então envolver grupos de recreação de pessoas idosas para tornar mais eficientes ações de prevenção de diabetes e hipertensão. Em regra, essas formas de participação nascem da iniciativas de pessoas gestoras;
- c) envolvimento da comunidade em ações em seu território; trata-se de adesão a ações propostas e executadas no território. Por exemplo, participação de comunidade em atividades físicas desenvolvidas em Unidade Básica de Saúde, ou participação em grupos de leitura (ou mesmo outras atividades laborais) como estratégia de saúde mental. A literatura, e mesmo as experiências que foram inscritas no Laboratório de Inovação Latino-Americano de Práticas de Participação Social em Saúde, mostra que esta é uma prática bastante expandida na América Latina;
- d) envolvimento orientado por condições de saúde, associações, redes, etc. que se formam identificados por uma condição de saúde e/ou patologia: esta forma de participação tem crescido muito; no caso brasileiro, inclusive, estas associações e articulações têm ocupado espaços nos Conselhos, pautando discussões nas Conferências e exercendo *lobby* junto ao Parlamento e ao Executivo para que elaborem políticas que atendam suas necessidades específicas;

e) ações diretas no território: esta forma de participação social é antiga e ocorre pela ausência ou ineficiência da atuação do Estado, que não consegue atender a demanda de um território, mas também por determinadas comunidades optarem por práticas e saberes ancestrais que, infelizmente, não são integradas às políticas públicas.

Cabe destacar que essas diferentes formas de participação social em saúde não são hierárquicas nem excludentes. Todas elas são importantes e complementares para ampliar a democracia e contribuem para efetivar o direito humano à saúde.

Um *segundo* elemento a ser destacado é que a democracia e a participação social só avançam a partir de ações planejadas, deliberadas e com investimentos. Temos o desafio de aprimorar cada vez mais os espaços institucionais de participação. No caso do Brasil, destacam-se as Conferências e os Conselhos, para que eles sejam cada vez mais representativos, tenham estrutura para o seu funcionamento, para que haja financiamento para processos formativos de lideranças e conselheiras e conselheiros de saúde, bem como para que pessoas gestoras entendam e respeitem os espaços de controle social. Também é fundamental que se fortaleça nas pessoas a consciência política a fim de escolherem pessoas gestoras que reconheçam a importância da participação social e implementem as deliberações desses espaços.

A Defesa do SUS pressupõe a defesa da democracia! Para isso, necessita-se de conselheiras e conselheiros de saúde fortalecidos, animados e comprometidos com a luta.



Parte 5: Educação Popular e processos formativos de fortalecimento do SUS

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na introdução, destacamos que compreendemos a formação como um processo contínuo, do qual esta cartilha é parte dele. Isso significa reconhecer que a educação

não se reduz a um evento pontual, restrito a um período de tempo definido, após o qual a pessoa que participou estaria “pronta” e “acabada”. Pelo contrário, formação pressupõe um exercício permanente de abertura, de trocas e encontros, de leituras e pesquisas, de rodas de conversas, de sonhos e utopias.

Sim de “utopias! Paulo Freire nos lembra que não é possível existir humanamente sem sonhos e sem utopias. Sonhos que se expressam como projetos, programas, curiosidades, desejos de querer fazer diferente e transformar. Como dizia Freire, somos seres em busca de um amanhã que não está simplesmente à nossa espera, mas que se constrói a partir do que a gente faz pela transformação do presente que vivemos, iluminado pelas experiências do ontem. É esse movimento – o de construir coletivamente um amanhã diferente - que nos impulsiona a lutar por um país justo e por um SUS que pode “ser mais”, realizando a saúde como direito humano de todas as pessoas.



A formação para o controle social no SUS só tem sentido quando atravessada por essa dimensão utópica, capaz de nos mobilizar a agir pela transformação da realidade. O compromisso com essa transformação da realidade constitui, portanto, parte fundamental do processo formativo. Para isso, a organização coletiva é indispensável: sem ela, nossas forças não se multiplicarão e correm o risco de se perderem pelo caminho. Quando nos organizamos, ao contrário, elas se multiplicam e geram resultados – como em uma equação matemática cujo efeito cresce progressivamente. Este é o sentido de pensar a formação articulada a processos de multiplicação.

Compreender a formação como multiplicação significa assumir o compromisso de ampliar, potencializar e divulgar práticas organizadas em defesa do SUS, fortalecendo os espaços e iniciativas de participação e controle social nos diferentes territórios. O conhecimento construído, partilhado e amadurecido em processos formativos não deve ser apenas algo a ser “guardado”, acumulado ou apenas registrado nos certificados. Pelo contrário, precisa mobilizar ações, iniciativas, articulações e experiências que fortaleçam a defesa do SUS.

E justamente sobre isso que refletiremos a seguir: o que significa multiplicar e de que maneira qualquer pessoa – independentemente do lugar, da carreira acadêmica, da posição social, da religião ou de qualquer outra condição – é capaz, sim, de multiplicar e fomentar a luta pela garantia de direitos.

CAPÍTULO 2: ENTENDENDO O SIGNIFICADO DE MULTIPLICAÇÃO EM PROCESSOS FORMATIVOS POPULARES

Antes de entendermos o que significa “multiplicação” em processos formativos, precisamos superar a separação entre teoria e prática. Nossa sociedade separou, como se fosse possível, aspectos que formam uma unidade: a teoria e a prática. Ora, uma teoria sem prática é nula, e uma prática sem teoria é vazia. A teoria conduz para uma prática, e a prática pressupõe uma teoria. Essa dicotomia na luta pelo SUS precisa ser superada; precisamos unir teoria e prática para de fato termos uma ação completa e com sentido, reconhecendo a importância da diversidade e da pluralidade nos processos de luta do SUS.

A formação entendida como processo envolve teoria e prática. A multiplicação é parte integrante do processo, portanto é, ao mesmo tempo, teórica e prática. Teórica porque reflete, elabora, sistematiza saberes; e prática porque “faz”, porque remete para a ação em vista da luta pelo SUS, da luta pela democracia. A ação da multiplicação está permeada pela força impulsionadora do sonho SUS. Então, a multiplicação não pode ser resumida como uma simples “tarefa de casa”. É muito mais que isso, como veremos a seguir.

Multiplicar também não se resume ao informe de processos formativos. Por exemplo, eu participei da formação, volto para o Conselho e me limito ao relato sobre o curso participado. Isso é importante, mas insuficiente.

Multiplicação precisa ir para além dessa ação.

Multiplicar não deve se limitar ao domínio de determinadas ferramentas por conselheiras e conselheiros. O ensinar e aprender é maior que a simples apreensão de algumas técnicas. Aprender sobre como analisar relatórios de gestão, Conferência de Saúde, Plano Municipal de Saúde é muito importante e necessário, mas a multiplicação não pode se resumir a isso. Multiplicar implica aliar o domínio dessas ferramentas à luta política de defesa do SUS e da democracia, pois de nada adianta saber analisar um relatório de gestão se o controle social não puder ser exercido ou se não existir mais a política pública de saúde.

Multiplicar não significa simplesmente reproduzir ou replicar o curso para outras pessoas. Tampouco se reduz a repetir, de forma idêntica, a experiência vivida em uma oficina formativa. É, evidente, que é possível inspirar-se na metodologia, nos conteúdos, nas problematizações. No entanto, multiplicar implica ir além: trata-se de realizar uma ação articulada conectada a sujeitos populares comprometidos com a luta do SUS que, a partir de encontros, criarão estratégias de fortalecimento do grupo e da luta. Assim, o sentido da multiplicação não é a mera reprodução de tarefas ou a execução de algo pré-determinado, mas a criação de movimentos vivos e transformadores, que alimentam e expandem a luta em defesa do direito humano à saúde.

Como vimos até aqui, a multiplicação envolve processos de comunicação, desenvolvimento de conteúdos e metodologias, bem como a apropriação de determinadas ferramentas, sempre em articulação com processos organizativos políticos de defesa e de luta pelo SUS. Nesse

sentido, a multiplicação constitui uma estratégia coletiva de ação, assumida no papel de liderança social na saúde.

Sim, multiplicar é um ato político. Política nesse caso relaciona-se, entre outros, ao exercício do poder em vista do bem coletivo. Ao multiplicar — isto é, ao divulgar, narrar, dialogar e partilhar de forma organizada e estratégica a importância de um Estado que garanta o direito universal à saúde —, está-se fazendo política. Isto quer dizer que se está empoderando o povo para lutar pelos seus direitos e pelo direito à vida.

Exercer o poder significa ter força para decidir, seja em casa, na comunidade, no âmbito do Estado. Fazer multiplicação atrelada a processos organizativos para defesa e luta pelo SUS é uma estratégia de poder, de participar da decisão dos rumos a serem tomados no País. Por isso a importância de multiplicar, de buscar mais pessoas que sonham o sonho do SUS, de divulgar e contar o sonho do SUS para termos força política de decisão e, cada vez mais, transformar este sonho em realidade.

Sermos multiplicadores significa dizer que somos sujeitos da luta pelo direito humano à saúde. Por isso, é preciso organizar e fortalecer a ação com outras pessoas que sonham o sonho SUS, criando pontos de resistência às medidas que ameaçam e tiram direitos; e pontos de encontros motivadores e revigoradores da luta.

CAPÍTULO 3: O QUE SE ESPERA COM A MULTIPLICAÇÃO EM PROCESSOS ORGANIZATIVOS

O maior objetivo com a multiplicação é aumentar a força na luta pelo fortalecimento do direito humano à saúde para todas as pessoas, pois entendemos que a vida de todas as pessoas vale, e vale muito. Esse processo que estamos nos desafiando a construir já estabeleceu algumas estratégias para contribuir nessa organização de multiplicadores do SUS. Porém não é um processo fechado; ele provoca criativamente para que outras estratégias sejam construídas, reconstruídas no e pelo próprio processo formativo.

A primeira delas é a ação articulada entre sujeitos participantes das oficinas de formação com as Comissões de Educação Permanente para o Controle Social do SUS dos Conselhos Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Como se dará essa relação, estaremos discutindo e elaborando nas oficinas. Entendemos que, ao articularmos as Comissões de Educação Permanente para o Controle Social do SUS como um ponto de articulação e união das nossas ações e forças, estamos criando uma rede ampliada e organizada de luta pelo SUS.

A segunda delas é a mediação pelos movimentos sociais populares e entidades participantes das oficinas. No entanto, não se está dizendo que serão criados dois processos paralelos, mas processos mediados por sujeitos diversos que dialogam e convergem entre si, fortalecendo

a articulação e a mobilização estratégica das ações. O objetivo dessa estratégia é tornar a luta pelo direito humano à saúde agenda de movimentos sociais populares e entidades para fortalecermos os pontos de resistência ao desmonte no SUS e a luta pela garantia do direito humano à saúde.

CAPÍTULO 4: FAZENDO A MULTIPLICAÇÃO

Para fazermos essa discussão, recorreremos ao poema de Morris West, no livro *Embaixador*; assim ele se referia a uma tribo: “Achavam-se agrupados e presos à terra, por uma raiz comum, como uma moita de bambu. E, como esse vegetal, inclinavam-se e dobravam-se. Mas sobreviviam às maiores tempestades”. O que vai dar sustentação à multiplicação na luta pelo SUS são “essas moitas” unidas pela raiz comum e que sobreviveram às tempestades, isto é, a sustentação da multiplicação só será possível se tivermos pessoas unidas pelo sonho SUS e que serão pontos de resistência e proposição. Esses que serão o movimento, o alicerce, a força propulsora da ação.

Multiplicar é uma luta, e não um método. Portanto, agitação e propaganda, mobilização, panfletagem, reunião, roda de conversa, visita de casa em casa são meios importantes da luta, mas não são o fim. O FIM é a defesa do SUS. Precisamos ser criativos para criar e recriar meios para “fortalecer as raízes do bambu”, apaixonando-nos pela luta. Para isso, faz-se necessário: a) conhecer o contexto;

b) ter o objetivo definido; c) afirmar-se como sujeito da luta pelo SUS; d) construir ou integrar processos; e) estar presente, enraizado na realidade; f) sonhar o sonho SUS.

O “como fazer” deve estar relacionado ao “para que fazer”. Não há um livro de receitas; existem experiências históricas com as quais podemos aprender, existem possibilidades que precisam ser exploradas. Multiplicar é expor-se ao risco e ao erro.

Os princípios da Educação Popular são orientadores da ação multiplicadora, à medida que se constituem como uma práxis libertadora, como um modo de vida. O que significa dizer isso? A Educação Popular parte da realidade de quem se envolve, ajudando a fazer uma leitura crítica da situação, para que ela seja transformada, à medida que contribui para que as pessoas se tornem protagonistas da sua história e da história da sociedade. Somos capazes de provocar mudanças, de transformar a realidade. Uma pessoa não sabe mais que outra pessoa; cada pessoa tem a sua história de vida, o seu próprio saber e pode ajudar na melhoria do seu bairro, do seu município e do País.



A seguir, um breve enunciado que poderá orientar o esboço de atividades que integrarão o processo de multiplicação de fortalecimento para o SUS.

Capítulo 4.1: Preparando um encontro de multiplicação

Vamos listar alguns passos importantes para a preparação de um encontro de multiplicação e de formação permanente no SUS. O roteiro pode ser usado para os encontros de formação provocados pela Comissão de Educação Permanente do Conselho de Saúde ou para preparar encontros de discussões em nosso bairro, na comunidade, na entidade ou no movimento social, ou tantos outros lugares que existem em nossos territórios.

É importante lembrar que a finalidade dos encontros de multiplicação não termina nos debates, mas se estende à provocação e organização de processos políticos, o que significa que os encontros de formação devem ser momentos de união de forças e de lutas pela saúde como direito humano. Estudar e pesquisar o tema também é fundamental, pois precisamos conhecer nossa realidade para modificá-la.

Apresentamos algumas etapas importantes para quem organiza e lidera atividades e processos organizativos.

Capítulo 4.2: Mobilização e sensibilização

Para as pessoas participarem, é preciso que sejam convidadas, mas o convite precisa ser construído em

conjunto com a comunidade para que seja uma provação ao agir, a fim de estimular a vontade de mudar a situação, para que incentive o engajamento na luta. Conversar sobre o convite é uma boa estratégia.

Capítulo 4.3: Objetivo

É preciso ter bem definido o objetivo da atividade. É necessário pensar que a atividade está relacionada à luta pelo direito à saúde e que o processo não terminará ao final da reunião, mas deverá provocar outros momentos de estudos e de organização. Todo o grupo deve assumir responsabilidades e estratégias de ação.

Capítulo 4.4: Temática

Escolher o tema específico do encontro e elaborar uma pauta – discutir a falta de atendimento na unidade de saúde local é um exemplo. Definir o tema pressupõe estudar o modelo de assistência defendido pelo SUS e compará-lo com o que está sendo desenvolvido; olhar para o contexto maior sobre o que significa “a falta de atendimento na unidade”. Para escolher as temáticas dos encontros, é necessário conhecer e perceber quais são as necessidades e os anseios da comunidade.

Capítulo 4.5. Organização e coordenação

Alguém deverá ser responsável pela organização e

coordenação do encontro, que deve proporcionar estudo, discussão e encaminhamentos. Por exemplo, ao escolher “rediscutir o conceito de saúde”, é preciso pensar a forma como o tema será discutido à luz da Educação Popular. Dinâmicas de grupo, estudo de texto, pronunciamento de convidados, música, relato de casos e teatro são algumas formas de exposição do tema. É preciso delimitar o tempo de apresentação, e este tempo precisa ser coordenado por alguém que saiba respeitar e acolher os interesses de todas as pessoas presentes.

Capítulo 4.6. Encaminhamentos e pactuações

O encontro precisa provocar ações e compromissos de todas as pessoas participantes; são os encaminhamentos e as novas ações.

Materiais consultados na construção da cartilha

ACOSTA, L. F. 2. Cuba ha demostrado que es posible tener salud y bienestar para todos. Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud, y Carissa F. Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recorrieron diversas instituciones de salud. 14 de julio de 2014. In: GOTERA, N. G. (ed.). Directora de la OMS de visita en Cuba. Margaret Chan, directora general de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), llegó este domingo a La Habana acompañada por la directora de la *Organización Panamericana de la Salud* (OPS), Carissa F. Etienne. *Sel-Sel: Boletín Noticioso Semanal, La Habana*, n. 144, 2014. Semana 120714-180714, páginas 2-3.

BOTH, Valdevir *et al.* *Biopoder e direitos humanos: estudo a partir de Michel Foucault*. Passo Fundo: Ifibe, 2009.

BOTH, Valdevir *et al.* *O SUS e as eleições municipais*. 2. ed. Passo Fundo: CEAP, 2008.

BOTH, Valdevir; KUJAWA, Henrique. O Brasil e a garantia do direito humano à saúde. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (org.). *Direitos Humanos no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Rio de Janeiro: Ceris; Mauad: Misereor, 2003. (Coletânea Ceris).

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1986.

BRANDÃO, Carlos. *A educação popular na escola cidadã*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. *Emenda Constitucional número 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 3 out. 2019.

BRASIL. *Lei Complementar número 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 8 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Contrato organizativo da ação pública da saúde*. Brasília, 2011b. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/coap_231211.pdf. Acesso em: 8 maio 2013.

BRASIL. *Portaria Número 3.992, de 28 de dezembro de 2017*. Altera a Portaria de Consolidação número 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. *Portaria número 2.135, de 25 de setembro de 2013*. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 8 out. 2019.

BRASIL. *Portaria Número 2.979, de 12 de Novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação número 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 13 nov. 2019.

BRASIL. *Portaria número 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto número 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para conselheiros de saúde*. Brasília, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARBONARI, Paulo César; KUJAWA, Henrique Aniceto (org.). *Direitos Humanos desde Passo Fundo*. Passo Fundo: CDHPF, 2004.

CARVALHO, Gilson. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: Ifibe, 2007.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular.
Relatório do direito humano à saúde no Brasil: 2022. Passo Fundo: CEAP / Saluz; 1ª ed., eletrônico, ISBN: 978-65-88324-097. 30 p. Disponível em <https://ceap-rs.org.br/relatorio-dh-saude/>

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular.
Relatório do direito humano à saúde no Brasil: 2021. Passo Fundo: CEAP / Saluz; 1ª ed., eletrônico, ISBN: 978-65-88324-080. Disponível em <https://ceap-rs.org.br/relatorio-dh-saude/>

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular.
Relatório do direito humano à saúde no Brasil: 2020. Passo Fundo: CEAP / Saluz; 1ª ed., eletrônico, ISBN: 978-65-88324-073. Disponível em <https://ceap-rs.org.br/relatorio-dh-saude/>

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular.
Relatório do direito humano à saúde no Brasil: 2019. Passo Fundo: CEAP / Saluz; 1ª ed., eletrônico, ISBN: 978-65-88324-073. Disponível em <https://ceap-rs.org.br/relatorio-dh-saude/>

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular.
Guia do curso de ferramentas virtuais participativas. Passo Fundo, RS: CEAP; 2022. PDF. Disponível em https://ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2022/04/guia_do_curso_de_ferramentas_virtuais_participativas.pdf

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. *Relatório de sistematização de práticas de formação em ambiente virtual* (2022). Passo Fundo, RS: CEAP; 2023. PDF. Disponível em https://ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Relatorio-Sistematizacao-praticas-formacao-ambiente-virtual_2022.pdf

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. USSR, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 8 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução 453, de 10 de março de 2012*. Brasília, 2012. Disponível em: saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc. Acesso em: 8 out. 2019.

DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade civil e espaço público no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

DIREITO Humano à saúde no Brasil. In: MOVIMENTO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (MNDH) et al. (org.). *Direitos Humanos no Brasil 3: diagnóstico e perspectivas*. Passo Fundo: Ifibe, 2012. página 261-274.

FANTIN, Maristela. *Educação popular e saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro*. In: ANPED, 23. Reunião Anual, setembro de 2000. (GT Educação Popular). Disponível em: <http://23reuniao.anped.org.br/textos/0609t.PDF>. Acesso em: 8 out. 2019.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Indignação*. Cartas Pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

(IEPS) Instituto de Estudos para Políticas de Saúde & Umane. (2024). *Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/setor-privado-relacoes-publico-privadas-saude-volume-unico/>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Receita pública: quem paga e como se gasta no Brasil*. Brasília, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstreams/2f701e94-002b-4037-8f8d-acc9e35193a3/download>. Acesso em: 12 jun. 2026.

KUJAWA, Henrique; MACHADO, Frederico Viana; PINTO, Rodrigo Silveira (organizadores). *Participação social em saúde e Covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil*. Porto Alegre: Rede Unida; Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2024. 339 p. ISBN 978-65-5462-031-4.

KUJAWA, Henrique Aniceto (organizador). *Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS*. Porto Alegre: Rede Unida; Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2022. [ISBN 978-65-87180-78-6]

LAMRANI, Salim. Para Organização Mundial da Saúde Cuba é modelo. *Solidários*, [s. l.], 29 jul. 2014. Disponível em: <https://convencao2009.blogspot.com/2014/07/para-organizacao-mundial-da-saude-cuba.html>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MASSUDA, A.; HONE T.; LELES, F. A. G. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, [s. l.], n. 3, página 1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990.

NUNES, Antonio J. A. O neoliberalismo, o ataque ao estado social, os perigos do “fascismo de mercado”. *Revista Unicuritiba*, Curitiba, v. 2, n. 31, página 30-55, 2016.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia geral. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Novo diretor da OMS assume cargo com apelo em defesa da cobertura universal de saúde. *Nações Unidas Brasil*, [s. l.], 4 jul. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/novo-diretor-da-oms-assume-cargo-com-apelo-em-defesa-da-cobertura-universal-de-saude/>. Acesso em: 10 nov. 2019.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, 2019. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 12 dez. 2019.

OXFAM Brasil. *Desigualdade S.A. – Como o poder corporativo divide nosso mundo e a necessidade de uma nova era de ação pública*. São Paulo: Oxfam Brasil, 2024. <https://www.oxfam.org.br/desigualdade-s-a/>

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-342-5. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PERALTA, Jorge A. G.; PERUZZO, Nara A.; BOTH, Valdevir. *De olho no COAP*. Passo Fundo: Ifibe, 2014.

PERALTA, Jorge A. G.; PERUZZO, Nara A.; BOTH, Valdevir. *Direito à saúde: desafios ao controle social*. 2. ed. Passo Fundo: Ifibe, 2013.

PERALTA, Jorge A. G.; PERUZZO, Nara A.; BOTH, Valdevir. *Direito humano à saúde e educação popular: experiência de Passo Fundo*. Passo Fundo: Berthier, 2012.

PERALTA, Jorge A. G.; PERUZZO, Nara A.; BOTH, Valdevir. *O direito humano à saúde e o seu subfinanciamento*. Passo Fundo: Ifibe, 2010.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino *et al.* *Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios*. Brasília, DF: Conass, 2025.

PERUZZO, Nara Aparecida. *Educação, mulher e política: diálogos em Rousseau*. 2012. 74 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012. <https://repositorio.upf.br/handle/123456789/2073>. Acesso em: 12 jun. 2026

PERUZZO, Nara Aparecida; PERALTA, Jorge. A. G. Participação e controle social no Brasil. In: MOVIMENTO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (MNDH) *et al.* (org.). *Direitos Humanos no Brasil 3: diagnóstico e perspectivas*. Passo Fundo: Ifibe, 2012. p. 111-118.

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T.; PAES-SOUSA, R.; OCKÉ-REIS, C. O.; MILLET, C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Medicine*, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Quinze teses para aprofundar a democracia*. Brasília: UnB, 2008.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. (org.). *Modelos de atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007.

TEIXEIRA, C. (org.). *Planejamento municipal em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010. 161 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

Subsídios de aprofundamento

I - LIVROS



Autor: Blenda Leite Saturnino Pereira (Organizadora)
Título: Financiamento da Saúde no Brasil: Perspectivas dos Estados e Municípios
Ano: 2025 | **Páginas:** 226

Guia do Curso de Ferramentas Virtuais Participativas

2ª Edição



Autor: Centro de Educação e Assessoramento Popular
Título: Guia do Curso de Ferramentas Virtuais Participativas
Ano: 2023 | **Páginas:** 72



Autor: Centro de Educação e Assessoramento Popular
Título: Relatório da sistematização de práticas metodológicas de formação na Educação Popular em ambiente virtual
Ano: 2022 | **Páginas:** 142



Autor: Centro de Educação e Assessoramento Popular

Título: Relatório do direito humano à saúde no Brasil:
2019

Ano: 2020 | **Páginas:** 125



Autor: Centro de Educação e Assessoramento Popular

Título: Relatório do direito humano à saúde no Brasil:
2021

Ano: 2022 | **Páginas:** 163



Autor: Centro de Educação e Assessoramento Popular

Título: Relatório do direito humano à saúde no Brasil:
2022

Ano: 2022 | **Páginas:** 30



Autor: Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Título: Participação da Comunidade na Saúde

Ano: 2014 | **Páginas:** 244



Autor: Centro de Educação e Assessoramento Popular

Título: Relatório do direito humano à saúde no Brasil:
2020

Ano: 2021 **Páginas:** 289



Autor: Henrique Aniceto Kujawa

Título: Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS

Ano: 2021 **Páginas:** 212

**Setor Privado
e Relações
Público-Privadas
da Saúde no Brasil**
em busca do
seguro perdido



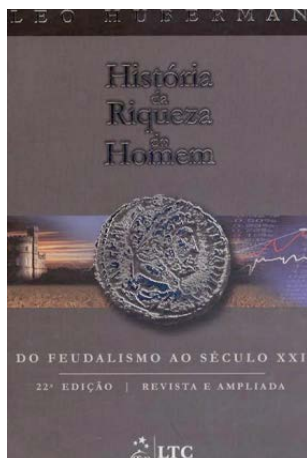
Autor: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
Título: Setor Privado e Relações Público-Privadas da
Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido
Ano: 2024 **Páginas:** 442



Autor: Henrique Kujawa, Frederico Viana Machado e Rodrigo Silveira Pinto

Título: Participação social em saúde e Covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil

Ano: 2021 | **Páginas:** 212



Autor: Leo Huberman

Título: História da Riqueza do Homem - Do Feudalismo
ao Século XXI

Ano: 2010 | **Páginas:** 316



Autor: Ministério da Saúde / CNS

Título: Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS

Ano: 2013 | **Páginas:** 28

II - LEGISLAÇÃO

Declaração Universal dos Direitos Humanos
(resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948



Autor: Organização das Nações Unidas (ONU)

Ementa: Agora portanto a Assembleia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade tendo sempre em mente esta Declaração...

Declaração de Alma-Ata. USSR, 1978



Declaração de Alma-Ata 1978

Autor: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde

Ementa: A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em AlmaAta [...]

expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração.

Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais



Resolução **2.200-A** **(XXI)/1966**

Autor: Organização das Nações Unidas (ONU)

Ementa: Promulga o Ato internacional do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

*Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988



Constituição Federal 1988

Autor: Brasil

Emenda constitucional número 86, de 17 de março de 2015

Autor: Brasil

Ementa: Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

Emenda constitucional número 95, de 15 de dezembro de 2016



Emenda constitucional **95/16**

Autor: Brasil

Ementa: Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990



Lei
8080/90

Autor: Brasil

Ementa: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Decreto-Lei número 5.452, de 1º de maio de 1943



Decreto-lei **5.452/43**

Autor: Brasil

Ementa: Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

Decreto número 7.508, de 28 de junho de 2011



Decreto
7.508/11

Autor: Brasil

Ementa: Regulamenta a Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Lei número 8.142, de 28 de dezembro de 1990



Lei
8142/90

Autor: Brasil

Ementa: 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.

Lei número 9.836, de 23 de setembro de 1999



Lei
9.836/99

Autor: Brasil

Ementa: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Lei número 12.653, de 28 de maio de 2012



Lei
12.653/12

Autor: Brasil

Ementa: Tipifica o crime de condicionar atendimento médico-hospitalar emergencial a qualquer garantia e dá outras providências.

Lei complementar número 200, de 30 de agosto de 2023



Lei Complementar **200/23**

Autor: Brasil

Ementa:

Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico...

Lei complementar número 141, de 13 de janeiro de 2012



Lei complementar 141/12

Autor: Brasil

Ementa: Regulamenta o § 3o do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde...

Portaria número 3.021, de 4 de novembro de 2020



Autor: Ministério da Saúde

Ementa: Dispõe sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS.

Resolução número 453, de 10 de maio de 2012



Autor: Conselho Nacional de Saúde

Ementa: Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Portaria de consolidação número 1, de 28 de setembro de 2017



Autor: Ministério da Saúde

Ementa: Consolidação das normas sobre os direitos e deveres de pessoas usuárias da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Resolução número 23, de 17 de agosto de 2017



Autor: Ministério da Saúde

Ementa: Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Resolução número 459, de 10 de outubro de 2012



Autor: Conselho Nacional de Saúde

Ementa: Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios.

Resolução número 554, de 15 de setembro de 2017



Autor: Conselho Nacional de Saúde

Ementa: Aprova as seguintes diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS número 453/2012.

Resolução número 37, de 22 de março de 2018



Autor: Ministério da Saúde

Ementa: Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

Resolução número 719, de 17 de agosto de 2023



Autor: Conselho Nacional de Saúde

Ementa: Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde.