



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Kruger, Tânia Regina; Oliveira, Andreia
Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 5, Esp., 2019, pp. 174-189
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S515>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal

Trends of participation in SUS: the emphasis on instrumentality and on interstate interface

Tânia Regina Kruger¹, Andreia Oliveira²

DOI: 10.1590/0103-110420195515

RESUMO Diante da conjuntura de austeridade fiscal, da regressividade dos direitos sociais e da gestão pública de base democrática, o presente manuscrito teve por objetivo analisar as tendências da participação na saúde. Para tanto, realizou-se estudo de documentos emitidos pela OMS/Opas/Brasil, Banco Mundial e registros do seminário internacional sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, promovido por entidade de gestores públicos (Conass). A pesquisa bibliográfica contemplou estudos publicados em periódicos da área da saúde vinculados a entidades acadêmico-científicas que constituíram as bases político-organizativas do movimento de reforma sanitária brasileira, além de outros periódicos nacionais que dedicaram número especial aos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo encontrou nos documentos internacionais referências a uma participação instrumental, despoliticizada e do tipo parceria Estado-sociedade-mercado, quando comparada com as bases democráticas de articulação política do movimento de reforma sanitária. A ênfase dos documentos é para uma gestão e uma participação com base na interface interestatal na qual o Estado é mais um sujeito na realização dos serviços de saúde. No entanto, há uma tímida valorização da institucionalidade participativa no evento do Conass e um silenciamento quanto ao tema nos periódicos da área, nas publicações comemorativas dos 30 anos do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Participação social. Conselhos de saúde.

ABSTRACT Given the conjuncture of fiscal austerity, regression of social rights and democratic public management, this manuscript aims to analyze the current trends of participation in the field of health. To this end, a study was carried out on documents issued by WHO/Paho/Brazil, the World Bank, and records from the international seminar on the future of universal health systems, promoted by public managers (Conass). Literature research included studies published in health journals linked to academic-scientific entities that constituted the political and organizational bases of the brazilian sanitary reform movement, as well as other national journals that dedicated special issue to the 30 years of the Unified Health System (SUS). The study found in the international documents references to an instrumental, depoliticized participation of the State-society-market partnership type, when compared with the democratic bases of political articulation of the sanitary reform movement. The emphasis of the documents lies on management and participation, based on interstate interface, in which the state is just another subject in the delivery of health services. However, there is a timid appreciation of the participatory institutionality in the Conass event, and a silence on the subject in the field's periodicals, in the commemorative publications of the 30 years of the SUS.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.
tania.kruger@ufsc.br

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

KEYWORDS Unified Health System. Social participation. Health councils.

Introdução

Este texto apresenta uma análise sobre as tendências da participação no Sistema Único de Saúde (SUS) após 30 anos do seu reconhecimento e implementação. O SUS, apesar das dificuldades políticas e financeiras, apresenta no percurso de sua história avanços reais no âmbito do acesso ao direito à saúde, além de introduzir princípios e diretrizes fundamentais para o processo de democratização com participação social, integralidade da atenção e igualdade com equidade. Entretanto, o tensionamento na relação público *versus* privado e a sobreposição dos interesses do mercado têm demarcado o campo de disputa permanente em meio às complexas transformações sociais, políticas, econômicas, tecnológicas e alterações no perfil demográfico e epidemiológico.

A participação no SUS foi bandeira do movimento sanitário que elegeu a consigna ‘saúde é democracia’ como lema propulsor e que aglutinou um conjunto de sujeitos políticos e forças sociais. As articulações políticas e sociais que sustentaram o movimento sanitário e que fundamentaram o SUS constitucional se sustentavam no projeto de construir uma sociedade em que o primado da justiça social subordinasse os interesses particulares e as determinações do mercado¹.

A perspectiva democrática do movimento sanitário, base constitutiva do SUS, ancorou-se em uma proposta de reforma social mais ampla, ou seja, do Estado e da sociedade, sob a defesa da descentralização do processo decisório, da organização econômica e mediante a democratização da riqueza². Todavia, o contexto de disputas entre diferentes forças políticas, econômicas, sociais e ideológicas, ora caminhando em uma direção mais progressista, ora ganhando força perspectivas neoliberais, forjaram adaptações na compreensão do SUS e o submeteram aos interesses do capital³.

A condição já anunciada no texto constitucional de “a assistência à saúde ser livre a iniciativa privada”⁴ e a prática do Ministério da Saúde de se subordinar aos ministérios da

área econômica para as decisões sobre o financiamento do SUS vêm facilitando a sujeição das necessidades de saúde aos interesses do mercado. A entrada de grandes grupos econômicos na saúde, as diferentes estratégias de privatização que ocorrem por diferentes mecanismos, como a falta de regulação da saúde suplementar, isenção fiscal, a articulação entre o público e privado nos contratos de prestação de serviços e de gestão de serviços públicos, por meio das Organizações Sociais (OS), das fundações públicas de direito privado, entes jurídicos da contrarreforma do Estado⁵, anistia às multas das empresas de planos de saúde⁶, a dependência de grandes empresas multinacionais para compra de equipamentos e medicamentos e uma série de linhas de créditos e empréstimos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para os hospitais filantrópicos e privados, colocam em primazia os interesses do mercado em detrimento da saúde como um bem público. Seguramente, esse conjunto de relações público-privadas colocam o SUS como parte do amplo e complexo econômico industrial da saúde, aniquilando sua perspectiva de saúde como direito humano e coletivo⁶.

A crise econômica de escala mundial, agravada, no Brasil, a partir de 2014, introduziu mudanças na política fiscal do País, em consonância com a orientação dos credores internacionais, sobretudo a partir de 2015 com a implementação de medidas de austeridade e ajuste fiscal sob a alegação da necessidade de reverter o descontrole de gastos. O tensionamento econômico-político dessa conjuntura de crise levou, em 2016, ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff; e seu vice de Michel Temer, ao assumir o cargo, tomou rígidas medidas de ajuste fiscal pelo controle de despesas, tendo por resultado a redução do financiamento em diversas áreas. Institui-se nesse período o chamado Novo Regime Fiscal, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 na qual se estabeleceu o teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para

as despesas financeiras^{7,8}. A propagação das medidas austeras exacerba o enfraquecimento do financiamento do Sistema de Seguridade Social, no seu conjunto e na saúde, especificamente, em detrimento dos fundamentos do SUS, colocando em risco o direito universal à saúde; e reforça a subalternidade da política pública aos interesses do mercado⁹.

As reformas regressivas operadas no SUS⁹ ocorrem concomitantemente a outras reformas estruturais em curso, a exemplo da reforma trabalhista, aprovada em 2017. O governo de Jair Bolsonaro, eleito em momento particular da história brasileira, reforça medidas e posições conservadoras e neoliberais, como identificado em recentes mudanças normativas do SUS, dentre as quais se ressaltam as alterações na política de saúde mental, com retomada de antigas práticas asilares, hospitalocêntricas, apartada da lógica territorial e integral, com incentivo a ações proibicionistas, criminalizantes e privatizantes¹⁰.

Em meio a esse cenário, a participação no SUS se materializou como uma espécie de acomodação da democracia participativa institucionalizada, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. O enredo participativo do SUS não foi suficiente para o alcance da apropriação social das estruturas de poder dos governos, mas expressa um quadro positivo, pois esses colegiados criaram uma institucionalidade pública: propiciam a participação da sociedade na elaboração e no espaço decisório das políticas sociais, questionam a cultura política de tomada de decisões centralizadas e possibilitam o compromisso com a construção de um espaço público, oposto ao de exclusão^{11,12}. Os espaços de participação permitiram o alargamento das fronteiras do Estado; de modo similar, também consentiram na continuidade da reprodução de elementos tradicionais da cultura política do País e de indicadores da desigualdade. As contradições e desafios suscitados por essas práticas de participação social em saúde não se situam apenas no aperfeiçoamento democrático, mas podem adquirir

outros contornos quando somados a outras lutas da classe trabalhadora na construção de um projeto social que garanta a redistribuição da riqueza e a socialização do poder político¹³.

Material e métodos

O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e complementada por análise documental. Para o alcance do objetivo de identificar as tendências da participação no SUS após seus 30 anos, buscou-se conhecer e analisar documentos de organismos internacionais e posicionamento de entidades nacionais, por meio de consulta a relatório de eventos e documentos institucionais de acesso público. Inicialmente, para compreender as origens e conceitos acerca da participação em saúde, optou-se por revisitar documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata¹⁴; Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa¹⁵; Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, em 2018, na cidade de Astana, Cazaquistão¹⁶. Na sequência, buscaram-se referências da participação contidas nos Termos de Cooperação Técnica (TC) números 44, 68 e 88, entre a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde, para apoiar a implementação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS a partir de 2006¹⁷⁻¹⁹. No âmbito da análise das tendências internacionais atuais na política de saúde, fez-se a opção pelo Seminário Internacional ‘O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde’, promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)²⁰, por sua pertinência e relação com o objeto de estudo.

Na sequência, foi estudada a influência de instituições multilaterais no âmbito das políticas participação em saúde, por meio de dois documentos do Banco Mundial, um de 2017, denominado ‘Um ajuste justo: análise

da eficiência e equidade do gasto público no Brasil²¹, e outro de 2019, intitulado: ‘Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro’²². Nessa mesma direção, procedeu-se à análise de documento emitido pela OMS/Opas/Brasil, intitulado ‘Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?’²³, publicado em 2018.

Na pesquisa bibliográfica, a opção adotada abrangeu artigos sobre o tema da participação em saúde, publicados em periódicos brasileiros de reconhecimento científico nacional e internacional, que dedicaram número especial aos 30 anos do SUS, com destaque para os periódicos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Utilizando-se de elementos da teoria crítica, a qual fecunda a compreensão dos temas socioeconômicos em sua historicidade, particularidade e totalidade, procedeu-se à análise e à interpretação dos dados por meio da interlocução com autores que estudam a temática. Na interpretação dos resultados, observaram-se as origens e as tendências da participação no SUS explicitados nos documentos analisados, em interlocução reflexiva com a conjuntura do capitalismo e seus efeitos no processo democrático, para explorar dialeticamente as condições e a articulação política de diferentes forças sociais, a fim de construir um projeto de sistema de saúde universal, público, gestão estatal, com justiça social e participação deliberativa.

Resultados e discussão

Origens e conceitos acerca da participação em saúde: organismos internacionais

A participação no campo da saúde nasce no bojo da proposta da medicina comunitária no início do século XX, como uma categoria prática, voltada para a adesão e para o assentimento dos indivíduos nos programas

governamentais de educação e saúde²⁴. Considerada, à época, como uma proposta política e tecnicamente avançada, foi amplamente criticada por setores da medicina liberal. Posteriormente, o tema da participação na saúde foi evidenciado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS, de forma bastante genérica:

É direito e dever dos povos ‘participar individual’ e ‘coletivamente’ no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde; os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua ‘plena participação’ e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento¹⁴⁽¹⁾.

No ano seguinte, em reunião realizada sob a chancela da Fundação Rockefeller, em colaboração do Banco Mundial e da Fundação Ford, entra na agenda a difusão de uma perspectiva restrita e seletiva da Atenção Primária à Saúde (APS), na qual se fortalece uma dimensão instrumental de participação, com ênfase no autocuidado¹⁴.

Em contexto de disputas de projetos de saúde distintos, e seguindo orientações da Declaração de Alma-Ata, o processo de redemocratização e o movimento de reforma sanitárias vivido por alguns países possibilitaram a construção de novas legislações nacionais de saúde para o serviço público em que a participação está entre seus fundamentos²⁵. Em meio a essa onda redemocratizadora, realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa/Canadá. A Carta de Ottawa orienta que a Promoção da Saúde deve ter como

guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das

atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais¹⁵⁽⁴⁾.

No decorrer da Carta, a participação ainda apresenta os seguintes sentidos:

As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde [...] o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino; [...] o desenvolvimento das comunidades [...] para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde¹⁵⁽³⁾.

Em outubro de 2018, na cidade de Astana/Cazaquistão, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/United Nations Children's Emergency Fund (Unicef) realizaram a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de revisar a Declaração de Alma-Ata. Para lograr a saúde e o bem-estar de todos, o texto da declaração de Astana dá centralidade à organização da atenção primária e cobertura universal dos serviços¹⁶. A estratégia para alcançar esses propósitos centra-se na cooperação das partes interessadas, na promoção da solidariedade, ética, direitos humanos, empoderamento da comunidade e na responsabilização dos setores público e privado, para que um número maior de pessoas tenha vidas mais saudáveis em ambientes favoráveis e saudáveis. Sobre participação, a Declaração de Astana apresenta o compromisso de que:

Lograremos la participación de más partes interesadas en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, a la vez que abordaremos y gestionaremos los conflictos de intereses, fomentaremos la

transparencia y estableceremos una gobernanza participativa¹⁶⁽⁶⁾.

Sobre o êxito da atenção primária à saúde:

A través de tecnologías digitales y de otro tipo, permitiremos que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y bienestar¹⁶⁽⁹⁾.

O documento indica também o propósito de empoderar as pessoas e as comunidades:

Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación sobre la salud y trabajaremos para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Ayudaremos a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios¹⁶⁽¹⁰⁾.

As declarações das três Conferências, apesar de abranger um período histórico de 40 anos, não tratam a saúde e a participação como um direito de cidadania. A participação não figura como uma atuação política que envolve relações democráticas entre Estado e sociedade nem um processo de articulação de forças sociais para a construção e/ou fortalecimento de um projeto de serviço público de saúde. Alma-Ata é a única declaração que fala em direito de participar, mas no âmbito dos cuidados primários. Indica que a plena participação acontecerá com métodos de tecnologias práticas a um custo que o país possa manter. Na Carta de Ottawa, a participação é apresentada como um dever de envolvimento, de trabalho conjunto para intensificar a

autoajuda e apoio social para elevar o nível e saúde. O documento de Astana destaca a governança participativa e a gestão dos conflitos para lograr saúde para todos. Propõe participação por meio de tecnologias digitais para identificar as necessidades de saúde e para as pessoas receberem orientações sobre manter seu bem-estar.

A Opas/OMS como organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países-membros por meio dos TC. No caso brasileiro, o TC é firmado com o Ministério da Saúde e/ou outras instâncias governamentais subnacionais; e o recurso a ser repassado é de origem do próprio Ministério da Saúde, que

atua como contraparte direta na implementação das ações estabelecidas no Termo²⁶. Nossa pesquisa identificou que Opas/OMS mantém, com o Brasil, 58 TC que estão on-line, mas linearmente eles estão numerados até o 104, dos quais três se referem explicitamente à participação. Avaliamos que o conceito de participação das Conferências Mundiais da OMS, acima apresentado, dissemina-se nos TC desse organismo internacional com o Brasil, mediante as negociações com os representantes do Ministério da Saúde. Portanto, é possível que seus objetivos e suas ações possam refletir as intenções e interesses dos dois organismos

Quadro 1. Termos de Cooperação Técnica (TC) celebrados entre o Brasil e a Opas que tratam do tema da participação no SUS

Número dos TCs	Tema	Período de Vigência	Objetivos	Recursos R\$
TC 44 Processo 25000.157569/2005-90	Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	31 jan. 2006 a 30 jan. 2016	Apoiar a implementação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	85.950.000,00
TC 68 Processo 25000.111098/2011-11	Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde	10 dez. 2011 a 30 nov. 2016 Prorrogado até nov. 2021	Aperfeiçoar e fortalecer a capacidade técnica do Gestor Federal, buscando fortalecer as ações de implementação de políticas públicas no SUS.	33.263.150,00
TC 88 Processo 25000049564/2015-66	Gestão Estratégica e Participativa do SUS	31 dez. 2015 a 30 dez. 2020	Fortalecimento da Gestão estratégica e participativa do SUS	46.000.000,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos TC e relatórios técnicos^{17-19,27-29}.

O conteúdo dos TC não está disponível na apresentação, sendo acessados apenas os seus objetivos. Resguardada a imprecisão da análise, haja vista o limite no acesso ao conteúdo, todos os termos fazem referência ao SUS, mas seus objetivos descrevem de maneira genérica a intenção de fortalecer a gestão participativa do SUS, sem, contudo, demarcar os fundamentos da perspectiva de participação e controle social adotada. Fica aqui a indicação para que esses TC e seus relatórios sejam mais bem estudados em suas

ações, conceito de participação, financiamento e sujeitos articuladores. Estranha-se que, no TC 68, o título e seu objetivo parecem se referir a objetos diferentes.

O Seminário Internacional ‘O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde’ foi promovido pelo Conass em abril de 2018, em Brasília, no ano em que o SUS completou 30 anos, para buscar soluções diante de um cenário de grave crise política e econômica que ameaça o sistema. Com essa intenção, o Conass convidou especialistas de diferentes países para

fazer explanações, como: Canadá, Costa Rica, Portugal, Reino Unido e Brasil²⁰.

O representante do Reino Unido afirmou que o Serviço Nacional de Saúde (NHS) é reconhecido como parte da identidade nacional, conta com considerável sustentação política e popular, apesar das avaliações negativas das mídias e dos níveis decrescentes de satisfação do paciente. O 'Futuro da Cobertura Universal de Saúde' no Reino Unido, segundo o expositor, tem como desafio o aumento dos custos devido a condições crônicas e tecnologias caras, de dificuldades na gestão de múltiplas morbidades de longo prazo. Por isso, o objetivo é melhorar a eficiência, introduzir novos modelos de atenção e enfatizar ações para proteger a saúde pública.

O especialista canadense destacou na sua palestra a visão de um ecossistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo, voltado à criação do valor como uma das bases da modernização dos sistemas universais. Aplicada à política de saúde, a noção de valor fornece um marco objetivo e um tipo de bússola para apoiar uma decisão baseada no que é certo, justo e razoável. As estratégias de governança e de gestão, alinhadas com a obtenção de melhores resultados ao menor custo, deverão apoiar melhor integração das dimensões individuais e populacionais, sejam as dimensões preventivas e curativas, sejam as ações intersetoriais e sociedade quanto à criação de valor para os indivíduos e as coletividades a que servem.

O representante da Costa Rica explicitou que, apesar de suas muitas limitações, seu país tem a democracia mais consolidada do continente. A seguridade social é unitária, universal, solidária e obrigatória, o que implica um modelo de atenção para toda a população, e contribui para a redistribuição de renda na sociedade. Devido às características de financiamento com contribuições tripartites – Estado, empregadores e trabalhadores –, observam-se riscos para a sustentabilidade do sistema, pois há aumento do desemprego e subemprego, que se somam à alteração do perfil epidemiológico e à baixa eficiência da gestão institucional.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, segundo seu representante, fez progressos significativos na redução da mortalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer com recursos financeiros que provêm da conjugação de fundos públicos e privados, mas o privado representa uma pequena parte do financiamento. Dentre os desafios do sistema português, destacam-se: aumentar a esperança de vida saudável a partir dos 65 anos; alcançar um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e a expansão do SNS; melhorar áreas carenciadas, como os cuidados dentários, a saúde mental e os cuidados paliativos; melhorar os salários dos profissionais de saúde no setor público; reorganizar a rede pública hospitalar e integrá-la com outros níveis de cuidados; melhorar a intervenção regulatória na saúde. O último desafio é à participação na concepção e avaliação das políticas de saúde e na capacitação dos cidadãos.

Pelo Banco Mundial, seus representantes consideraram os avanços dos sistemas universais e do SUS, mas entre os desafios para consolidar essas conquistas e responder às pressões existentes e crescentes, há que melhorar os resultados com o nível atual de gastos. Segundo eles, o sistema de saúde do Brasil precisa de reformas estratégicas, como: consolidar a atenção hospitalar para maximizar escala, qualidade e eficiência; melhorar o desempenho da força de trabalho em saúde, a introdução de incentivos para aumentar a produtividade; integrar os vários níveis de atenção à saúde. Por fim, apontam que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização.

Os representantes do Brasil foram vários, entre intelectuais e gestores. Suas falas, de forma geral, apresentaram a luta dos movimentos sociais que levaram à construção do SUS. Desde os anos de 1990, as contrarreformas neoliberais vêm provocando rupturas com sua tradição democrática e popular, ocultando o número dos serviços que o SUS produz e incansavelmente questionando a condição do poder público de assegurar gestão transparente, efetiva e eficiente. Os palestrantes consideraram

as contradições do SUS constitucionais, e a expansão do setor privado, mas à consolidação do SUS como um sistema de saúde universal de natureza pública, depende da possibilidade da ação política de instituições e sujeitos sociais como contraponto ao determinismo econômico.

O tema da participação nos sistemas públicos de saúde não foi destacado pelos expositores, mas expressões da necessidade de apoio social foram reconhecidas como fundamentais para a implementação e sustentabilidade desses sistemas. Entre os sistemas internacionais, o português, objetivamente, indicou que a participação permanece como desafio para o envolvimento da sociedade civil na concepção e avaliação das políticas de saúde e na capacitação dos cidadãos. Os expositores brasileiros deram destaque ao SUS como um sistema de direito universal, constituído por meio de bases democráticas, impulsionadas pelo movimento da reforma sanitária. Um dos pontos comuns na fala dos brasileiros foi o entendimento de que, ao longo dos últimos 30 anos, a implantação do SUS, apesar das políticas neoliberais, do enfraquecimento dos movimentos sociais e da desarticulação do movimento sanitário, dependeu e depende ainda do apoio das forças sociais e políticas que defendem o direito à saúde e os sistemas universais e públicos²⁴.

A análise do conteúdo expressa nos registros do Seminário sobre ‘O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde’²⁰ sugere que a dimensão da participação é secundarizada em tal debate, sendo que, entre os expositores, apenas os brasileiros deram destaque ao tema, ao ressaltarem a necessidade de revitalizar a participação em saúde, sob a alegação que somente com apoio social será possível sustentar os princípios fundantes dos sistemas universais.

Austeridade, saúde e participação: recomendações do Banco Mundial e da OMS para o SUS

A complexificação da sociedade capitalista adquiriu novos contornos com a crise econômica mundial de 2008, que introduziu um

conjunto de políticas de austeridade, para reduzir os gastos públicos e intervenção governamental e restringir-se à focalização. De modo geral, tal crise econômica advém do *modus operandi* do capitalismo neoliberal, o qual vem ocupando espaço no campo da política social, desde a década de 1980, com ênfase em três eixos centrais: a) privatização de setores de política social, previamente assumidos pelo Estado, pautada pela superioridade do mercado na alocação eficiente de recursos; b) reforço ao individualismo, configurando uma nova proposta de organização das relações indivíduo-sociedade; c) igualdade e solidariedade social cedem lugar à diferenciação dos indivíduos e na priorização da liberdade de escolha dos bens e serviços a serem consumidos^{30,31}.

As renovadas crises das últimas décadas só fazem aprofundar as respostas neoliberais; e, nos sistemas de saúde, expressam-se na piora das condições de vida de enormes parcelas da população, pois impactam em aumento de demanda para os serviços de saúde. Nesse contexto, instituições multilaterais, como o Banco Mundial e a OMS, a primeira de forma direta e a segunda permeada por contradições e disputas no campo democrático, impulsionam a reprodução ampliada do complexo econômico industrial da saúde, especialmente nos países de capitalismo periférico, e induzem os governos à implementação de medidas e ajustes para responder a tais interesses⁶.

O Banco Mundial, no documento denominado ‘Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil’²¹, dá centralidade a um diagnóstico de país com baixa governabilidade e ineficiência no gasto público e propõe a redução dos gastos como estratégia para restaurar o equilíbrio fiscal e a governança do País. As riquezas naturais, a concentração de renda, terra e riqueza, a situação de país exportador de commodities de minerais (ferro, alumínio, petróleo, ouro, níquel, prata) e da agroindústria, a subordinação tecnológica sequer são indicadores considerados entre as estratégias.

A recomendação, com base nas medidas de austeridade, centra-se na redução de gastos públicos, especialmente gastos sociais.

No que se refere ao SUS, o relatório apresenta uma escala ineficiente de prestação de serviços, e com essa justificativa determina a necessidade de cortes no financiamento público. O diagnóstico indica reformas estratégicas para impulsivar a eficiência, a equidade e a economia fiscal; racionalizar a rede de serviços, especialmente a hospitalar; incentivar o aumento da produtividade dos profissionais; integrar serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, expandir a cobertura da atenção primária e reduzir os gastos tributários com saúde²¹. No entanto, o documento silencia completamente quanto aos consideráveis serviços do SUS, decorrente das políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção e de assistência e de cuidados básicos, com a criação da Estratégia Saúde da Família, entre os serviços que são amplamente reconhecidos pela Opas²³. A política neoliberal para implementar sua programática lança mão de diagnósticos unilaterais e de uma retórica que tem legitimidade em si mesmo, como evidenciado.

Essas propostas foram detalhadas em documento próprio, apresentado em Audiência Pública na da Câmara dos Deputados, em 2019, intitulado: ‘Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro’²³. O diagnóstico sobre o SUS está repleto de expressões como ineficiência, ineficácia, falta de agilidade, de autonomia e sistema rígido. O Banco entende que, no Brasil, foi implantada a cobertura universal de saúde há três décadas²³. Diante desse diagnóstico unilateral, reafirma-se a reflexão do Cebes (2019)³², de que o sistema de saúde brasileiro se pauta na universalidade, integralidade, igualdade, princípios que se colocam na contramão da estratégia focalizada proposta pelo Banco Mundial, mascarada como cobertura universal, reduzida à oferta de um pacote básico.

As propostas para o setor de saúde que o Banco Mundial^{21,22} fez para o Brasil centraram-se em reformas para alterar a atual estrutura de incentivos por meio da introdução da

concorrência entre provedores de serviços de saúde e de mecanismos de compartilhamento de custos; mudanças nos fluxos de financiamento e repasses intergovernamentais; reforma do marco legal para a gestão dos serviços e da força de trabalho em saúde; melhoria da cooperação entre os sistemas público e privado; racionalização da prestação de serviços por meio da APS; ampliação o escopo da prática de enfermeiros e outros profissionais auxiliares; racionalização da rede hospitalar e ambulatorial com base em parâmetros de volume, acesso e resultados; e incentivos variáveis, como as reduções na coparticipação ou cobrança direta ao paciente que recorrer à atenção especializada sem o encaminhamento de clínico geral.

Nesse conjunto de propostas de reformas e racionalização, recomendadas (algumas parecem ameaças aos gestores e aos usuários) pelo Banco Mundial nos dois documentos, não coube qualquer espaço para a participação da sociedade nas decisões do SUS, aliás, desapareceram todos os princípios que vinculam a saúde como direito humano e obrigação de provisão pelo poder público. A gestão, o financiamento, as relações de trabalho e o atendimento dos usuários são mercadorias ou meramente produtos envoltos em um processo racionalizador para garantir eficácia, eficiência e agilidade. Desapareceu, nessa proposta, qualquer vinculação da organização do sistema às necessidades de saúde, às desigualdades territoriais e do acesso, bem como aos fundamentos democráticos que estruturam o sistema brasileiro.

Esse diagnóstico e essas propostas do Banco Mundial condizem com a análise de Osório³³, de que as mudanças da mundialização provocam enfraquecimento e desintegração do Estado, uma crescente perda da soberania, enquanto outros sujeitos passaram a ocupar o lugar de poder e determinar relações sociais, como o capital financeiro, multinacionais, Organização Não Governamental (ONG), sociedade civil e novos movimentos sociais. O Estado parece condenado a assumir um papel

secundário na organização social e política neoliberal, na medida em que o capitalismo necessita de um sistema interestatal para se reproduzir. Tal sistema, para conformar uma sociedade sem interesses, sem estratégias e sem relações de poder, obscurece a fronteira da relação capital e trabalho, fragmenta e despolitiza economia e política. A democracia liberal, consagrada pela igualdade política dos cidadãos, tem um papel central na fetichização do capital sobre o imaginário da sociedade, na qual a desigualdade imperante na esfera econômica é apresentada como não política. Portanto, ressalta o autor, a política enquanto a “capacidade dos sujeitos decidirem o sentido da vida em comum”³³⁽¹⁵³⁾ fica subsumida às condições formais da igualdade política.

Desse modo, a retórica dos documentos do Banco Mundial corresponde com ideia de um Estado sem poder, ineficiente, com a emergência de outros centros de poder na sociedade civil, ampliando a face interestatal de atuação nos serviços públicos. Assim, os serviços de saúde passam a ser oferecidos por esse amplo conjunto que compõe a interface estatal; e o Estado é mais um entre os sujeitos. Aniquila-se a relevância pública do desempenho das funções Estado na garantia do direito à saúde com um bem público e coletivo.

Por sua vez, o ‘Relatório 30 anos de SUS – Que SUS para 2030?’, publicado pela Opas/OMS no Brasil²³, destaca algumas conquistas do SUS e apresenta recomendações para que os gestores do sistema alcancem as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em 2030. Na apresentação do relatório, o SUS é uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa, e sua estruturação e resultados no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente.

A perspectiva política do relatório produzido pela Opas no Brasil²³, em relação ao direito à saúde, revela certa ambiguidade, quando comparamos com os documentos do Banco Mundial (2017²¹ e 2019²²). O documento da Opas expressa, em parte, os tensionamentos

que o Brasil vive em relação ao SUS. Identifica-se uma ênfase relativa de que a preservação da saúde é um direito para todas as pessoas, mas esse direito permanece como um desafio dos sistemas de saúde de vários países. Contudo, não menciona o papel decisivo dos Estados nacionais na realização e no financiamento dos serviços para a materialização desse direito. Entretanto, sobre o financiamento do SUS, indica que a EC 95/2016⁷ inibirá o crescimento real dos gastos federais, enfraquecerá a sustentabilidade e impossibilitará a expansão da APS, que foi determinante na redução das desigualdades em saúde. Alerta que tal política resultará em aumento da mortalidade infantil, na queda da cobertura vacinal e no aumento de hospitalizações.

Financeiramente limitado, o SUS correrá o risco de se transformar num sistema concentrado no atendimento aos pobres, com baixa qualidade e resolutividade, ampliando, ao invés de diminuir, as desigualdades em saúde²³⁽²⁰⁾.

No entanto, como a tendência das políticas da Opas/OMS não tem sido a efetiva defesa dos sistemas universais de saúde regulados e financiados pelos Estados, por isso recomenda, contraditoriamente, que, para atingir os ODS, é “essencial abrir um amplo diálogo com a sociedade brasileira sobre o financiamento do SUS”²³⁽²¹⁾. Para a política baseada no diálogo, recomenda a combinação de criatividade entre atores governamentais e representantes da sociedade civil, desaparecendo o papel direcionador e regulador do Estado.

A participação está entre as recomendações apresentadas no relatório para o alcance da Agenda 2030, requerendo aperfeiçoamento. A síntese das conclusões de um estudo sobre a sustentabilidade do SUS, aplicado, pela Opas no Brasil, a gestores do SUS e do setor privado, acadêmicos, parlamentares e especialistas, é emblemática: “A participação social no SUS é importante, mas precisa ser revista para que seja efetiva”²³⁽¹⁵⁾. Houve consenso que

esse é um atributo essencial e que deve ser fortalecido, mas que, ao longo dos 30 anos, predominou a excessiva burocratização dos conselhos, com foco em interesses corporativos e distanciamento dos interesses da população. A recomendação da Opas/OMS para que o SUS avance é a realização de

um debate aberto e um amplo diálogo entre atores governamentais, academia e representantes da sociedade civil, pois representa uma estratégia importante na direção de um SUS fortalecido, central para a estratégia de desenvolvimento²³⁽¹⁷⁾.

Inicialmente, o documento da Opas não foi tão radical na análise das propostas para o SUS quanto os do Banco Mundial, em sua racionalidade administrativa para gerar eficiência. As propostas do Banco Mundial sequer fazem considerações sobre as necessidades sociais e de saúde e aos indicadores da brutal desigualdade social e regional, pois estes não cabem na conta da eficiência e da lógica da cobertura universal.

O texto do Banco Mundial e o ‘Relatório 30 anos de SUS’ da Opas seguem um alinhamento com as políticas de ajustes neoliberais, com exaltação do mercado e minimização do Estado para com as políticas sociais. A recomendação da participação da Opas é caracterizada por um discurso de colaboração com a sociedade, alinhada à ideia de eficiência, na redução de custos e nos interesses governamentais, apartada, portanto, do componente político e crítico da participação na democratização da saúde. Tais propostas, conforme Cohn e Bujdoso³⁴, transformam a relação Estado/sociedade em uma tríade – Estado, mercado, sociedade – na qual participação na saúde parece independente de direção política.

Evidenciou-se, nos documentos do Banco Mundial, a inexistência de qualquer menção à participação da sociedade nas decisões do SUS e qualquer indício de obrigação do poder público na garantia do direito à saúde. A interpretação a respeito de tal constatação denota

o entendimento de que tais recomendações induzem políticas e normativas governamentais subalternizadas aos interesses do complexo econômico industrial da saúde, sem compromisso na preservação das bases legais e político-democrática que constitui o SUS. Entende-se, portanto, que medidas recentes do governo federal, a exemplo do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019³⁵, encontram-se em descompasso e rompimento com as bases do Estado Democrático de direito. Esse decreto extingue inúmeros colegiados da administração pública federal e elimina a participação da sociedade nas instâncias de formulação e gestão de importantes políticas sociais. Mesmo não atingido inicialmente as instâncias de participação institucionalizadas do SUS, o processo de democratização e o princípio constitucional de participação da comunidade e demais espaços relativos aos direitos de cidadania se encontram em fase de aniquilamento.

Tendências teórico-políticas: referências acadêmico-científicas

Os 30 anos do SUS não passaram em branco, visto que as principais revistas acadêmico-científicas da área dedicaram um número especial ao tema. Em uma busca rápida por esses periódicos, procuramos identificar em seu sumário as publicações que tratam do tema da participação em saúde, tendo por referência a diretriz da participação da comunidade no art. 198 da CF e o princípio do SUS indicado no art. 7º da Lei nº 8.080/1990³⁶.

A revista ‘Ciência & Saúde Coletiva’, na edição 23.6 (junho/2018), com o tema 30 Anos do SUS: contexto, desempenho e desafios; publicou 35 artigos, e nenhum deles dedicado à participação. Identificamos algumas expressões que se aproximam, entre as quais, ‘lutas’, e ‘lutas populares’, entretanto, os títulos centram-se em outros temas³⁷.

A revista ‘Saúde em Debate’ dedicou número especial aos ‘30 Anos da APS no SUS: estratégias para consolidação’³⁸. Nos 31 artigos que compõem a edição, nenhum é dedicado,

exclusivamente, ao tema ou apresenta em seu título a palavra participação ou alguma expressão que dela se aproxima.

Da mesma forma, não localizamos ênfase no debate da participação em nenhum artigo, ou texto alusivo, aos 30 Anos do SUS, em edições de 2018, nos seguintes periódicos: ‘Revista de Saúde Pública’, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Revista ‘Interface – Comunicação, Saúde, Educação’, do Departamento de Saúde Pública, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – de Botucatu; Revista ‘Gestão & Saúde’, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (Ceam), da Universidade de Brasília (UnB); Revista ‘Ciência & Saúde’, da Faculdade de Ciência da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Nesses periódicos, localizamos apenas um artigo temático da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência, publicado na ‘Interface’.

Outra busca em relação às referências sobre a participação no SUS foi na revista ‘Domingueira da Saúde’, que é uma publicação semanal do Instituto de Direito Sanitário (Idisa), em homenagem a Gilson Carvalho, o idealizador e seu editor durante mais de 15 anos. No ano de 2018, o Idisa publicou 34 edições; e apenas trataram dos 30 Anos do SUS: os exemplares 1, 11, 20, e 21. Nenhum dos textos teve centralidade no tema da participação ou expressões correlatas³⁹.

As instituições que são editoras dos periódicos consultados se constituem em importantes sujeitos políticos e mobilizadores da reforma sanitária, imprescindíveis no processo histórico da luta social para a garantia do direito à saúde no Brasil. Ao longo do processo de construção do SUS, a posição político-científica de tais instituições tem caminhado na direção da defesa da organização e efetivação dos espaços de participação popular, nos diferentes embates na construção dessa política pública.

As lacunas observadas nos resultados do levantamento da produção científica sobre a temática da participação em saúde em periódicos

que dedicaram um número especial aos 30 Anos do SUS denotam contradições presentes no processo de construção de estratégias políticas, teórico e acadêmico-científicas. Se, por um lado, é ponto comum os periódicos evidenciarem estudos e pesquisas que demonstram o direito à saúde como um bem público e dever do Estado, por outro, ao secundarizar a temática da participação social, podem contribuir para fragilizar e enfraquecer as bases sociais e democráticas que constituíram o sistema nas três décadas.

Notas finais

A participação, criticamente concebida como movimento dialético de transformação, e não como discurso participacionista ou de representação simbólica, adquire relevância especialmente na conjuntura regressiva que vem sendo potencializada no País a partir de 2016. Assiste-se à corrosão da responsabilidade pública para com as necessidades coletivas, em defesa do grande capital na saúde. Nesse cenário, espaços participativos institucionalizados, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde, estão sendo atingidos por reiteradas tentativas do Poder Executivo de acabar com o papel deliberativo desses colegiados, tornando-os marginais nos processos de tomada de decisão, ignorando suas manifestações e resoluções.

Sob auspício do neoliberalismo e ascensão neoconservadora, somadas às posturas aliancistas de cooperação, de pactuação e de consenso, fortalecem-se medidas de aniquilamento dos espaços relativos aos direitos de cidadania e as bases fundantes do Estado Democrático de direito no Brasil. Todavia, para fazer frente às propostas do Banco Mundial, faz-se necessário retomar o lugar da política enquanto a capacidade de os sujeitos decidirem o sentido da vida em comum e compreenderem a unidade entre economia e política na sociedade. Do mesmo modo, tencionar diante das contradições, dos conceitos e propostas da OMS e Opas, no sentido de garantir

e compreender o princípio de participação da comunidade no SUS enquanto socialização do poder de decisão política. Refutamos a ideia da participação na saúde enquanto responsabilização da sociedade civil pelos serviços e financiamento ou reduzida a um externo apoio social.

Os conceitos encontrados nos documentos estudados são bastante genéricos e amplos, englobam diferentes modalidades de participação, mas só timidamente indicam que é uma forma de exercer direitos e amadurecer a democracia; no entanto, não se referem à saúde como um direito universal nem que deve ser garantida pelo sistema público, com primazia do Estado. Contudo, do ponto de vista democrático e sem fugir do escopo liberal, a interpretação da concepção de participação adotada pela Opas denota para uma perspectiva de valorização do protagonismo dos usuários, defende a participação no SUS via os Conselhos e Conferências e outros mecanismos participativos, mas também expressa uma

espécie de autosserviço, se comparado com as referências do Banco Mundial que sequer reconhece esta dimensão.

Nessa compreensão sobre as perspectivas acerca da participação na saúde, as referências que pudemos evidenciar dos brasileiros no debate e nos organismos internacionais oscilam entre a retórica da defesa do SUS constitucional, na defesa dos princípios da participação, e da sua vinculação com as bases sociais, ao mesmo tempo que defendem a democracia da eficiência e da modernização da gestão institucional.

Colaboradores

Kruger TR (0000-0002-7122-6088)* e Oliveira A (0000-0001-8759-059X)* contribuíram igualmente para a concepção, o planejamento, a análise dos dados documentais, e para a revisão teórico-crítica do conteúdo. Por fim, realizaram revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fleury S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras diálogos e controvérsias. In: Fleury S, organizadores. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 15-30.
2. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GCL, França JC. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 91-123.
3. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde debate [internet]*. 2018 [acesso em 2019 out 20]; 42(3):158-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0158.pdf>.
4. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 5 de outubro de 1988, p. 1. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
5. Behring ER. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. *SER Social*; 2016; 18(38):13-29.
6. Sodré F, Bussinger ECA. Organizações Sociais e a privatização a saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. In: Sodré F, Bussinger ECA, Bahia L, organizadores. Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 37-65
7. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [internet]. 2016. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm.
8. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 20]; 23(7):2303-2314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2303.pdf>.
9. Miranda AS. A reforma sanitária encurralada? Aportamentos contextuais. *Saúde debate [internet]*. 2017 [acesso em 2019 out 18]; 41(113):385-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0385.pdf>.
10. Prudêncio JDL, Senna MCM. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas. *Revista Argumentum [internet]*. 2018 [acesso em 2019 nov 19]; 10(3):79-93. Disponível em: [file:///C:/Users/andre/Downloads/20854-Texto%20do%20artigo-66708-1-10-20181229%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/20854-Texto%20do%20artigo-66708-1-10-20181229%20(1).pdf).
11. Vaz ACN. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: Pires RRC, organizador. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília, DF: Ipea, 2011. p. 91-108.
12. Vianna MLTW, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias [internet]*. 2009 [acesso em 2019 out 20]; 11(21):218-251. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/10.pdf>
13. Krüger TR, Oliveira A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. *Argumentum [internet]*. 2018 [acesso em 2019 nov 20]; 10(1):57-71. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/18621-Texto%20do%20artigo-56161-1-10-20180428.pdf>.
14. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS [internet]. 1978. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
15. Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre

- Promoção da Saúde [internet]. Canadá. 1986. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
16. Organização Mundial da Saúde, Unicef. Declaración de Astaná. Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria De Salud. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. 2018. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>.
 17. Organização Pan-americana da Saúde. TC 44 - Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS [internet]. 2006. [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=188:tc-44-politica-de-gestao-estrategica-e-participativa-do-sus&Itemid=610.
 18. Organização Pan-americana da Saúde. TC 68 - Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde [internet]. 2011. [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4588:tc-68-fortalecimento-institucional-do-conselho-nacional-de-saude&Itemid=610.
 19. Organização Pan-americana da Saúde. TC 88 - Gestão estratégica e participativa do SUS [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5186:tc-88-gestao-estrategica-e-participativa-do-sus&Itemid=610.
 20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Debate: O futuro dos sistemas universais de saúde [internet]. 2018 [acesso em 26 abr 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude-em-pauta-conass-debate/>.
 21. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil [internet]. 2017. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>.
 22. Banco Mundial. Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro [internet]. 2019. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.
 23. Organização Pan-americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 8]. Disponível em: <https://apredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>.
 24. Carvalho AI. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal; Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional; 1995.
 25. Portugal. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lei nº 56/79 de 15 de Setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Diário da República, Lisboa, I Série A (15) Setembro, p. 2357.
 26. Organização Pan-Americana da Saúde. Termos de Cooperação/Termos de Ajuste (TC/TA) com o Ministério da Saúde [internet]. 2019. [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1863-folder-centralizados-final-25-07-19&category_slug=termos-de-cooperacao-termos-de-ajuste-tc-ta-2019&Itemid=965.
 27. Organização Pan-Americana da Saúde. Termo de Cooperação nº 44. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação [internet]. 2015. [acesso em 2019 nov 4]. p. 55-72. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/relatorio_gestao_2_sem_2015_o16.pdf?ua=1.
 28. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico - 1º Semestre de 2019. Termos de Cooperação Técnica 68. Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde [internet]. [acesso em 2019 nov 4]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_

- docman&view=download&alias=1895-rt-tc68-1sem2019-final-300919&category_slug=relatorios-tecnicos-2019&Itemid=965.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico Anual de 2017. Termos de Cooperação Técnica 88. Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde [internet]. [acesso em 2019 nov 4]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=rt-tc88-2sem2017-1-070619&Itemid=965.
30. Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, et al., organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
31. Siqueira CEG, Borges FT. Iventando o reiventado: as Organizações Sociais: de Saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser Pereira. In: Sodré F, Bussinger ECA, Bahia L, organizadores. Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 17-36.
32. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mais SUS para os brasileiros [internet]. 2019. [acesso em 8 abr 2019]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/04/mais-sus-para-os-brasileiros/>.
33. Osório J. O Estado no centro da mundialização. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2019.
34. Cohn A, Bubjoso YL. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social* [internet]. 2015 [acesso em 8 abr 2019]; 27(1): 33-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00033.pdf>.
35. Brasil. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal [internet]. Diário Oficial [da] União. 11 Abr 2019. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-759-de-11-de-abril-de-2019-71137335.
36. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: <https://www.pdt.org.br/index.php/observatorio-trabalhista-brasil-presente/>.
37. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 30 anos do SUS: contexto, desempenho e desafios. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 8]; 23(6). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/contexto-desempenho-e-os-desafios-do-sus/182?id=182>.
38. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde debate. 30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 1]; 42(1):6-11. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/15/v.%2042%2C%20n.%20especial%201>.
39. Idisa. Lista de Domingueiras. Revista Eletrônica [internet]. edições 2018. [acesso em 2019 nov 2019]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira>.

Recebido em 01/05/2019

Aprovado em 06/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Supporte financeiro: a pesquisa da qual derivou este manuscrito foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) (Bolsa PQ2 do CNPQ, pesquisadora Tânia Regina Krüger, Número 307729/2017-6)