



UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO TÉCNICO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

**CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: desafios para uma gestão
democrática e participativa dos conselhos de saúde**

**CAMPINA GRANDE - PB
2015**

CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: desafios para uma gestão democrática e participativa no âmbito dos conselhos de saúde

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como Requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública

Orientador: Profa. Dra. Marília Tomaz de Oliveira.

**CAMPINA GRANDE - PB
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C837c Costa, Cilânea dos Santos.
Controle social na política de saúde [manuscrito] : Desafios para uma gestão democrática e participativa dos conselhos de saúde / Cilânea dos Santos Costa. - 2015.
64 p. : il. color.

Digitado.
Monografia (Gestão Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Marília Tomaz de Oliveira, Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Conselhos de saúde. 3. Participação social. 4. Direito a saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

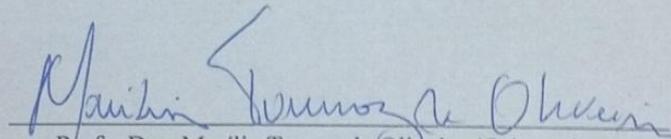
CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS PARA UMA
GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão Pública da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Especialização em Gestão
Pública.

Área de concentração: Gestão Pública

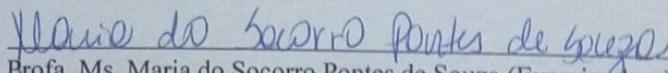
Aprovada em: 09/05/2015
Nota: 10,0 (Dez)

BANCA EXAMINADORA



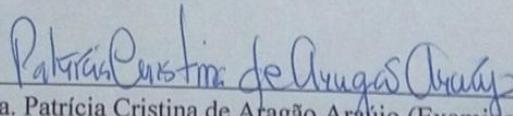
Profa. Dra. Marília Tomaz de Oliveira (Orientadora)

Profa. Dra. Universidade Estadual da Paraíba / Doutora em Sociologia



Profa. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza (Examinadora)

Profa. Dra. Universidade Estadual da Paraíba / Mestre em Serviço Social



Profa. Dra. Patrícia Cristina de Aragão Araújo (Examinadora)

Profa. Dra. Universidade Estadual da Paraíba / Doutora em Educação

Dedico a minha amada mãe, por sonhar comigo os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que em tudo me ilumina e abençoa.

À minha doce orientadora Marília Tomaz de Oliveira pela dedicação e zelo na orientação deste trabalho, sendo nesta caminhada a minha principal fonte de inspiração e motivação para finalização dessa etapa, agradeço enormemente.

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.

João Cabral de Melo Neto

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma breve discussão sobre modelo de participação social que se tem desenhado no âmbito da Política de Saúde, através dos Conselhos de Saúde, mecanismos de controle social e ampliação da cidadania, criados a partir da Constituição Federal de 1988, fruto de um intenso debate do Movimento Sanitário que lutava pela democratização da saúde, em contraponto ao modelo privatista em vigência. Tendo em vista, que na atualidade vivenciamos um processo de desconstrução de direitos, em virtude do ideal neoliberal, instalado no País na década de 1990. Para tanto, optou-se por uma pesquisa de cunho bibliográfico, sendo evidenciados os desafios e possibilidades para controle social. Existe também, neste trabalho uma interação entre o controle social e o direito a informação, sendo concebida dentro de uma dupla perspectiva, o acesso a informação como via para o aprimoramento da cidadania e enquanto instrumento indispensável para o fortalecimento da Política de Saúde.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Conselhos de saúde; Participação Social; Direito a saúde.

ABSTRACT

This paper aims to make a brief discussion of social participation model that has been designed to promote health policy through health councils, social control mechanisms and expansion of citizenship created from the Federal Constitution 1988 result of an intense debate of the Sanitary Movement fighting for the democratization of health as opposed to privatizing model in effect. Considering that today we experience a process of deconstruction of rights, under the neoliberal ideal, installed in the country in the 1990s Therefore, it was decided by a bibliographic nature of research, and highlighted the challenges and possibilities for control social. There is also, in this work an interaction between social control and the right to information, being designed within a dual perspective, access to information as a means for the improvement of citizenship and as an indispensable tool for strengthening health policy.

Keywords: Health policy; Health advice; Social participation; Right to health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Avanços e Recuos.....	10
2.1. Antecedentes do SUS: Trajetória da Política de Saúde.....	10
2.2. As Origens da medicina previdenciária e o privilegiamento do setor privado na saúde...13	
2.3. Reforma Sanitária e os marcos legais do Sistema Único de Saúde.....	18
2.4. Investida neoliberal e os desafios atuais da política de saúde.....	21
3. A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO ESTADO BRASILEIRO.....	24
3.1. O princípio da soberania popular na Constituição de 1988 e seus instrumentos de viabilização.....	24
3.2. Os Instrumentos do planejamento orçamentário brasileiro.....	31
3.3. O controle interno, externo e social na administração pública.....	41
3.4. Índice de participação social na América Latina.....	43
4 . DILEMAS E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	46
4.1. Espaços do controle social no sistema de saúde brasileiro.....	46
4.2. Desafios para o controle social na saúde no âmbito dos conselhos.....	49
4.3. O processo de judicialização da política de saúde no Brasil.....	51
4.4. O direito à informação e o controle social.....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre a participação social a partir dos conselhos de saúde, evidenciando os principais desafios para efetivação desse direito e as possibilidades que esse espaço dispõe para o exercício da cidadania e consequente assegurando o direito humano fundamental a saúde.

O estudo se desenvolveu a partir de uma pesquisa teórica, sendo esta "dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos" (Demo, 2000, p. 20). Tendo em vista que tal procedimento visa identificar conhecimentos prévios acerca do objeto que será analisado, esse tipo de pesquisa tem como premissa:

Fundamentar teoricamente o objeto de estudo, contribuindo com elementos que subsidiam a análise futura dos dados obtidos. Portanto, difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação de dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles a teoria, a compreensão crítica do significado neles existente. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 44)

O trabalho privilegiou a abordagem qualitativa, cujo método se debruça no dialético, pois este oferece subsídios para a análise do objeto de estudo e seus determinantes. A pesquisa dialética oferece “as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, uma vez que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc”(GIL, 2008, p.14).

Dessa forma, pontua-se que a pesquisa de cunho bibliográfico como um procedimento metodológico é de extrema relevância na produção do conhecimento científico capaz de suscitar, especialmente em temas pouco explorados, a elaboração de hipóteses ou interpretações que nortearão futuras pesquisas (LIMA; MIOTO, 2007).

O trabalho está estruturado em três itens. No primeiro, trará um resgate histórico da saúde no País, destacando as nuances do modelo de privilegiamento do setor privado na saúde, bem como as inovações trazidas pelo processo de Reforma Sanitária no campo da saúde pública brasileira com a criação do Sistema Único de Saúde e os rebatimentos que as investidas neoliberais tem ocasionado na efetivação do direito a saúde.

O segundo item, se deterá sobre a participação popular no Estado brasileiro, para tanto serão evidenciados princípios legais instituídos a partir da Constituição de 1988 que orientam e asseguram a participação democrática. Nessa perspectiva, serão discutidos os instrumentos de planejamento orçamentário percebidos como canais de viabilização das demandas coletivas através de sua elaboração, avaliação e fiscalização dos recursos destinados a operacionalização das políticas públicas. Em face dessa questão serão abordados os controle interno, externo e social dentro da administração pública e dentro de uma avaliação comparativa será exposto o índice de participação social na América Latina.

No terceiro item, procurar-se desenvolver algumas reflexões acerca do controle social exercido através dos conselhos de saúde, evidenciando seus principais desafios e possibilidades. Ressaltaremos também os rebatimentos trazidos pela conjuntura econômica de desfinanciamento e desresponsabilização do Estado frente a política de saúde, o que tem estimulado a buscar por novas vias de concretização do direito a saúde na esfera jurídica, através de sua judicialização. Enfocaremos o direito a informação como via para o fortalecimento da cidadania. E por fim, tecemos as Considerações Finais.

2- A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Avanços e Recuos

2.1. Antecedentes do SUS: Trajetória da Política de Saúde

Pensar a política de saúde brasileira requer compreender que esta se configura em um construto histórico, em permanente transformação, sendo perpassada e determinada por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais. Tendo a sua ampla garantia ou retração condicionada pela intensa correlação de forças que se estabelece entre o Estado, a Sociedade e o sistema de acumulação capitalista, no qual as Políticas Sociais, destacadamente a de Saúde, se desenvolve, segundo Faleiros, (2000), enquanto:

Processo de reprodução da força de trabalho através de serviços e benefícios financiados por fundos a ele destinados. Esta reprodução, quando estruturada pelo Estado capitalista, é um mecanismo distributivo de renda ou riqueza socialmente produzida, sob a forma de benefícios, proteção e serviços, sem que sejam afetadas, entretanto, as relações de produção capitalistas (FALEIROS, 2000, p.43).

Diante desse quadro iremos nos debruçar sobre a Política de Saúde brasileira dentro da perspectiva histórica e crítica, tentando apreendê-la na sua totalidade. O que significa conhecer o seu processo de constituição, sua orientação-conteúdo (enquanto, resposta às demandas sociais ou controle do aparato do Estado para conter a pressão da classe trabalhadora) e por fim, as implicações que estas tem nas relações entre as forças políticas dos atores sociais (LAURELL, 2002).

Dito isto, iniciamos nossa incursão pelo Período do Colonialismo português (1500-1822), no qual temos uma economia pautada no sistema mercantilista, com o monopólio comercial de Portugal, e ciclos econômicos estruturados entorno do pau-brasil, da cana de açúcar e da mineração, com forte predomínio nesse período da monocultura, escravidão, latifúndio e exportação. Não existia nesse período uma política de saúde pública, o que se consta é uma organização sanitária insipiente, tendo as ações de saúde voltadas para quadros estratégicos da colônia, a exemplo das tropas militares que recebiam os cuidados do cirurgião-mor dos exércitos de Portugal. Os problemas de higiene eram de responsabilidade das câmaras municipais, o que implicava em fiscalizar a limpeza das cidades, dos portos e o comércio de alimentos. Em 1543, registra-se a criação do primeiro hospital no Brasil, nomeado de Hospital de Todos os Santos, posteriormente conhecido por Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos que se estendeu para Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. As Santas Casas eram responsáveis pela assistência a saúde da população carente. (PAIM, 2009)

No que concerne ao Período Imperial (1822–1889) este apresenta o mesmo padrão econômico do período colonial, baseado na economia agroexportadora só que em níveis mais elevados de atividade, com destaque para a produção cafeeira que impulsiona a vinda de imigrantes para o país, bem como o início do processo de urbanização do país com a montagem de uma infraestrutura voltada para atender as demandas das exportações, que incluía ferrovias, portos, cabos telegráficos submarinos e empresas de navegação a vapor. A industrialização emerge nesse período, de forma tímida, baseada em unidades pequenas ou até artesanais, com destaque para o processamento de alimentos, de produtos têxteis, vestuário, e bebidas (ABREU & LAGO, 2010, p.10).

Com a vinda da família real para o Brasil nesse período, suscitou – se a criação de uma estrutura sanitária mínima para responder as necessidades de saúde da corte, bem como dar suporte ao poder que se instalava no Brasil, a partir de então. Todavia, as

ações em saúde realizavam-se sob a perspectiva de polícia sanitária, limitando - se ao controle sanitário dos portos que passa a ser de responsabilidade do Ministério do Império. Sendo criada em 1828, a Inspetoria de Saúde dos Portos, a qual submetia todas as embarcações suspeitas de transportar passageiros enfermos a quarentena. Em 1850 é criada a Junta de Higiene Pública direcionada para as epidemias da época, como a cólera, a varíola, a tuberculose, a peste bubônica e a febre amarela. Vale ressaltar o seu caráter centralizador e restrito as cidades litorâneas, tinha-se nesses órgãos uma estrutura frágil, com poucos recursos e pessoal. (PAIM, 2009; POLIGNANO, 2001).

Diante do exposto, verifica-se que a organização sanitária no Império se apresentava de forma rudimentar sendo “incapaz de responder as epidemias e de assegurar a assistência aos doentes. Os que dispunham de recursos eram cuidados por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia” (PAIM, 2009, p.27). É oportuno frisar que durante todo o século XIX, vigorou o modelo biomédico de atenção, que concebe o processo de saúde, apenas na relação saúde-doença dentro da dimensão anatomofisiológica, excluindo os condicionantes histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia, privilegiando as estratégias de intervenção no corpo doente (MATTA & MOROSINI, 2008).

O período que correspondente à República Velha (1889-1930), a ideologia dominante era o liberalismo, no qual o papel do Estado consiste em garantir a reprodução do capital, sem intervir nas relações trabalhistas, também conhecido como um Estado mínimo para o social e máximo para o capital (BEHRING, BOSCHETTI, 2011). A economia continuou dominada pela cultura do café, que entre os anos de 1920 a 1930 respondia por 70% das exportações do país. O Governo era regido por um modelo presidencialista que guardava peculiaridades próprias, no qual, seu o sistema eleitoral era estruturado em torno do voto aberto, ficando de fora os analfabetos, as mulheres, os religiosos e os indigentes. A figura do coronel surge nesse período, tido como o líder político local, este se configura como o elo de dominação do poder estatal sobre a decisão política da população, representando apenas os interesses capitalistas dos setores agrários. Verifica-se nesse ínterim que a governabilidade do país, se apresenta em um primeiro momento, que corresponde de 1898 a 1894 como a República da Espada, sob governo dos militares e no segundo de 1895 a 1930 como a República Oligárquica com revezamentos do poder de lideranças dos Estados de São

Paulo e Minas Gerais, o que se configura em regiões economicamente mais importantes nesse momento histórico (LEITE JÚNIOR, 2009).

No início desse século em tela, a saúde emerge enquanto questão social, em virtude do quadro sanitário caótico, consequência das epidemias que se avolumaram desde o período colonial, tornando – se inadiáveis no império as respostas a essas questões sanitárias, que geraram tanto consequências para a saúde coletiva quanto para o setor produtivo brasileiro. Diante dessas circunstâncias foram realizadas sob coordenação de Oswaldo Cruz, campanhas de saúde, no entanto, nos moldes militares da época, com prevalência de atos autoritários e sem esclarecimentos dos objetivos salutareos dessas iniciativas, o que gerou desconforto na população, refletido na Revolta da Vacina de 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra o surto de varíola que dizimou um número expressivo de pessoas (PAIM, 2009, 2011). No ano de 1920, foi criado por Carlos Chagas o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que tinha como o controle as epidemias, com introdução de propaganda e vigilância sanitária inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial (POLIGNANO, 2001).

2.2. As Origens da medicina previdenciária e o privilegiamento do setor privado na saúde

Em 1923, através do Decreto n. 4.682, conhecido como Lei Eloy Chaves, foi criada a previdência social no país, destinada apenas aos trabalhadores do setor privado com vínculo formal de trabalho e pertencentes a setores estratégicos da economia nesse período, a exemplo: os ferroviários, os primeiros a conquistarem o direito a esse seguro social, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), apresentavam segundo (CONH, 2005, p.15) um caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, no plano político se constituiu uma via de responder as greves e as lutas sociais que marcaram essa década, servindo aos interesses do trabalhador e do empresariado “no sentido de disciplinar essa força de trabalho quanto no sentido de lhe assegurar formas mínimas de sobrevivência ante os acidentes e as consequências do esgotamento de sua capacidade para o trabalho”. No entanto, a maior parte da classe trabalhadora ficava de fora desse modelo de proteção tinha seus benefícios ofertados, de acordo com a capacidade de contribuição de cada categoria o que previa:

Tanto benefícios pecuniários – tais com pensões por morte, aposentadorias, pensão de 50% dos vencimentos aos que fossem chamados ao serviço militar (enquanto durasse tal serviço) –, como serviços assistenciais – socorro médico e medicamentos. Enquadravam-se como beneficiários todos os membros da família do trabalhador que habitassem “sob o mesmo teto e sob a mesma economia”. Além disso, a partir de 1926, foram estabelecidos também o auxílio-funeral e o pecúlio por morte (SANTOS, 2009, p. 51).

Conforme destaca Cohn et al (1999) as contribuições das CAPS se apresentavam de forma tripartite com participação na contribuição de 3,0 % para os empregados, 1,0% da renda bruta da empresa e 1,5% da União correspondente a tarifas e serviços. Dessa forma, fica evidente que embora esse tipo de proteção seja instituído pelo Estado, a maior parte do seu custeio recai sobre a classe trabalhadora.

De acordo com Leite Júnior (2009) é no governo de Vargas que se criam as bases para modernização econômica, política e administrativa no Brasil. Ouve em sua gestão um forte impulso a industrialização, destacadamente no setor de base. Sendo criada a Companhia Siderúrgica Nacional, em 1941 e em 1942, a Vale do Rio Doce, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) e a Petrobrás em 1953. É oportuno frisar que o financiamento para construção desse aparato era proveniente dos recursos da Previdência Social. Na concepção de Cohn e Elias (2005, p.19) isso denota “a vulnerabilidade do seguro social dos segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos da classe dominante, na razão inversa da sua capacidade de organização em defesa de seus interesses”.

Segundo Coelho (2009) o governo federal mantinha sua governabilidade e poder político cedendo benefícios a cada grupo social, sem, no entanto, atender a nenhum deles integralmente. Conforme destaca ainda o referido autor, o governo Vargas foi um divisor de tempo, no qual as principais inovações giraram entorno da:

Inovação legislativa: com a elaboração de códigos e leis específicas. Institucional: com a criação de conselhos, departamentos, institutos, autarquias e empresas públicas. Formulação e implementação de políticas econômicas: voltadas para a área cambial, monetária, de crédito, comércio exterior e de seguros. Formulação e implementação de políticas sociais: de regulação das relações industriais, de previdência, assistência e proteção ao trabalhador, saúde, educação, saneamento e habitação. (COELHO, 2009, p.96).

A partir de 1933, assiste-se a ampliação da previdência social desenhada na década anterior com as CAPS, há um processo de sua unificação, constituindo os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que nesse momento passa a ter vinculação com os sindicatos dos trabalhadores, ofertando a esses além dos benefícios sociais, como aposentadorias e pensões, assistência médica curativa, seguindo a lógica das CAPS pautada na contribuição compulsória sobre a folha de salário e a condicionada ao trabalho formal. Cabe ressaltar que tais institutos embora vinculados ao poder sindical, eram tutelados pelo Ministério do Trabalho, seu desenvolvimento ocorreu de forma fragmentada e tendo seu acesso ampliado de acordo com a capacidade de pressão que cada categoria profissional, estabelecia, a partir do seu sindicato sob o Ministério do Trabalho (SANTOS, 2009). A organização dos Institutos por categorias marítimos (1933), bancários e comerciários (1934), industriários (1933), transportadores (1938), contribui para a centralização do controle da classe trabalhadora no âmbito federal ao passo que fragmenta e divide a classe operária (FALEIROS, 2000).

O direito social a saúde nesse contexto não estava ligado à condição de cidadania, estava sim, atrelado aos vínculos formais de trabalho, e não dentro de uma perspectiva de igualdade de direitos legitimados e reconhecidos pela coletividade. “Havia, de fato, o estabelecimento de uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical” (CARVALHO e BARBOSA, 2010, p.16).

O fato é que a assistência médica previdenciária brasileira orientada sob a forma de seguro, já nasce mercantilizada, pois a garantia ao seu acesso é feita mediante desconto compulsório na folha de salários. No entanto, é através dela que uma parte da população, excluída dos serviços de saúde, em razão do baixo poder aquisitivo, encontra nesses institutos prestação direta de serviços, seja em seus hospitais ou clínicas, como também na rede privada conveniada (ELIAS, 2004; FALEIROS, 2000).

No que diz respeito, especificamente a saúde pública prevaleciam à ênfase em campanhas sanitárias, no entanto, com uma mudança de intervenção, agora pela via da persuasão e da coerção, como registrado nas campanhas anteriores, registra-se também nesse período a criação dos Centros de Saúde (PAIM, 2009). Acrescenta-se a essas estratégias no campo da saúde pública, ações como:

Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de

Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA e PAULA, 1986, p. 53-55 apud BRAVO, 2009, p.91).

Diante do exposto, percebe-se que a saúde pública se estabelece de forma complementar, a assistência médica previdenciária, as instituições filantrópicas e a medicina liberal e destacadamente a medicina empresarial que se expande na década de 1950, período marcado pelo modelo desenvolvimentista do Governo de Juscelino Kubitschek (JK), conforme pontua Leite Júnior (2009), a agenda governamental era norteada por um programa de obras públicas, denominado de Plano de Metas. Sendo preconizada pelo Estado a substituição das importações pela industrialização, sustentada pelo financiamento externo e com a forte presença do setor público na sua efetivação. Em decorrência desses fatores verificou-se uma mudança na estrutura produtiva do país, no qual a participação industrial do PIB na economia se sobrepôs à agropecuária.

Esse desenvolvimento industrial influencia na expansão dos setores de equipamentos de saúde e farmacêuticos, verificando-se também um aprofundamento entre a atenção médico-hospitalar e seu modelo ¹hospitalocêntrico e o distanciamento entre as medidas preventivas de caráter coletivo, sendo a rede pública de serviços de saúde é ainda mais sucateada, em virtude do seu não privilegiamento nas diretrizes de políticas gerais do país, embora se verifique a criação em 1953, do Ministério da Saúde (COHN et al, 1999; PAIM, 2009).

A década seguinte é marcada pelo início da Ditadura Militar no Brasil, em 1964, temos um período caracterizado pela censura à imprensa, forte repressão aos movimentos sociais, controle do Congresso Nacional pelos militares, além da extinção das eleições, passando o país a ser o país foi governado por meio de atos institucionais e decretos, prevalecendo o poder do executivo sobre o legislativo. Intensa supressão dos movimentos sociais. Em meio a essa onda de repressão e destituição de direitos,

¹ Modelo Hospitalocêntrico: modelo de atenção a saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de atenção básica (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 677)

contata-se um amplo desenvolvimento econômico com considerado crescimento do produto interno, expansão da produção o que promoveu o conhecido “milagre econômico”, ocorrido entre 1968 e 1972. Existe também nessa conjuntura a modernização da economia e a entrada de capital estrangeiro. (BORGES E CHADAREVIA, 2010; FALEIROS, 2000). No que concerne às respostas da Ditadura Militar às questões sociais desse período, Bravo (2009), afirma:

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2009, p.93),

Em 1966 houve a unificação de todos os IAPS em um mesmo órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja administração passa a ser operacionalizada pela Ditadura. De acordo a autora citada, essa junção ocorre em função do “crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 2009, p.93).

Seguindo uma lógica privatizante, o INPS passa a ampliar os convênios com setor privado para a compra de serviços médico-hospitalares, em detrimento dos serviços próprios de sua rede, que não apresenta ampliação na sua infraestrutura, nem no financiamento (PAIM, 2009).

A configuração público/privado na saúde como expressão da sua mercantilização tem sua expressão maior na criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS (pós-golpe militar de 1964), que por meio da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde se constituirá em potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor (COHN, 1999). Esse novo ajuste revela a organicidade da relação Estado/Saúde em prol dos interesses dos produtores privados, pois ao Estado se reservara a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliação da capacidade instalada (COHN, 1999). “Eis aí o processo sociopolítico e histórico que engendra a privatização precoce do sistema de saúde brasileiro com a consequente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos” (ELIAS, 2004, p.02).

Dentro dessa lógica celetista e privatizante que delineava a saúde brasileira, Faleiros, (2000), reforça que:

40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso aos serviços médicos, consolidando-se a desigualdade: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para os pagantes da previdência e, para os pobres, a caridade, feita em geral, por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal (FALEIROS, 2000, p.48).

O privilegiamento do setor privado na saúde, não decorre apenas de uma vontade política ancorada no viés econômico, tinha respaldo legal, tendo em vista que as Constituições de 1967 (art. 163) e 1969 (art.170) destacavam que: As empresas privadas competiam preferencialmente, obtendo para tanto estímulo como apoio do estado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). De acordo com os autores, o Instituto de Previdência Social representava o maior comprador de serviços de saúde privados, sendo que em 1967, dos 2800 hospitais existentes no Brasil, 2300 eram contratados pelo INPS. 90% dos serviços médicos no país eram ofertados através da assistência médica previdenciária. Conforme demonstra a tabela a seguir, essa tendência se expande ainda mais na década de 1970, seja na realização de atendimentos médicos ou através de exames e diagnósticos, o setor próprio tem ínfima participação na execução dos serviços de saúde.

É oportuno frisar que a modalidade de contratação desses serviços foram alvos de corrupção, pagos com base nas unidades de serviços que correspondiam a preços tabelados por atos médicos realizados. A opção por essa forma de pagamento além de gerar superfaturamento, eram muitas das vezes prejudiciais a saúde, destaca-se nesse período o incentivo a intervenções cirúrgicas desnecessárias, a exemplo da Cesariana, enquanto a Organização Mundial da Saúde preconiza 0,8%, nos hospitais dos INPS esse número correspondia a 10% e nos hospitais contratados chegavam a mais de 30%. Em síntese, a estrutura da previdenciária montada até então, era orientada da seguinte forma: financiada pelos trabalhadores, gerida pelo Estado que estimulava a consolidação dessa importante fonte de acumulação de capital (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

2.3. Reforma Sanitária e os marcos legais do Sistema Único de Saúde

Diante desse quadro de iniquidades, exclusões e privilegiamento do setor privado que marcam a trajetória da política de saúde no país, no qual a saúde pública, em virtude do seu desfinanciamento, que não alcançava 2% do PIB se restringia a campanhas de baixa eficácia, o que agravava o quadro de saúde da população (CONASS, 2011). Em face dessa conjuntura do setor emerge na década de 70 o Movimento de Reforma Sanitário composto por profissionais da saúde e seus órgãos representativos, estudantes, intelectuais e classe trabalhadora envolvidos em um projeto comum, a democratização da saúde e a reestruturação dos serviços de saúde e participação dos usuários, em contra ponto ao modelo excludente e privatizado que vigorava no País. Conforme apontamentos de Paim (2007) a reforma sanitária deve ser entendida, enquanto, processo político e social em permanente construção na busca legitimidade do direito a saúde. Os principais veículos institucionalizados do intelectual coletivo foram o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES), criado em 1976, se configurou como canal de denuncia e resistência contra o Regime Ditatorial e suas políticas sociais segregadoras e privatizantes, além de ser espaço de articulação, formulação e divulgação das propostas da Reforma Sanitária. Já a fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, de acordo com o citado autor, representa a síntese entre a prática teórica e política do movimento, que se desenvolveu enquanto reforma social pautada na:

Democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito á saúde, inerente a cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; Democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência dos governos; Democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, ou seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma totalidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2007, p.150)

O marco histórico desse processo de construção coletiva da política de saúde no Brasil ocorre de acordo com Bravo (2009), com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986 – Brasília/Distrito Federal. Seu tema central

versava sobre a saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania: a reforma do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. A referida conferência contou com a participação de diversos atores sociais, totalizando mais de quatro mil, seu relatório final foi incorporado ao arcabouço jurídico da Constituição Federal e da legislação infraconstitucional da política de saúde, que a partir de então, passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, conjuntamente com a Previdência Social e Assistência Social, a saúde forma o tripé da seguridade social brasileira, que corresponde a um mecanismo de proteção social amplo com princípios universalizantes fundamentado na garantia de direitos e na ampliação da cidadania. Tal garantia constitucional a consagra como direito humano fundamental indispensável para efetivação da dignidade humana.

Conforme destaca a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), a saúde é um direito humano fundamental, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, que tem como fatores determinantes e condicionantes o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, no quais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

O arcabouço em vigor ao adotar a concepção ampliada de saúde rompe com a visão tradicional que identifica a saúde como ausência de doença, típica do modelo de medicalização da vida social que norteia-se pela “ênfase na prática clínica, através de ações centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública” (BRAVO, 2000, p.106). Essa nova abordagem reconhece a saúde como “um processo de produção social que expressa à qualidade de vida de uma população” (MENDES, 1999, p. 237). Tendo como determinantes para as condições de saúde os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. O que, de acordo com o autor citado, pressupõe um determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais para que haja a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa forma, o sistema único de saúde (SUS) fruto do movimento de reforma sanitária, corresponde a um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos da administração em todos os níveis de governos, através da administração indireta e fundações mantidas pelo poder público, podendo a iniciativa privada participar de forma complementar. Os serviços de saúde que integram o SUS sejam públicos, contratados ou conveniados passam a obedecer aos seguintes os princípios:

Universalidade que corresponde à garantia do acesso a todos os níveis do sistema a todo e qualquer cidadão, tendo em vista que a saúde compreende um direito de cidadania. Equidade que assegura ao cidadão igualdade de direitos perante o SUS, devendo ser atendido conforme as suas necessidades até o limite do que sistema puder oferecer a todos os cidadãos, sem privilégios e livre de qualquer preconceito. A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, o que compreende redistribuição de responsabilidade entre os três níveis de governo. No que concerne a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a participação da comunidade que através dos conselhos e conferências participam da formulação e controle da execução da política em todos os níveis do sistema.

2.4. Investida neoliberal e os desafios atuais da política de saúde

Apesar de todos os avanços alcançados pela política de saúde na década de 1980 seja em ganhos de consciência sanitária e de marcos legais, a saúde passa a ser tensionada pelos ideais neoliberais que se instalam no país a partir da década de 1990, mas que representa uma tendência mundial e Brasil não fugiu as regras orientadoras da política neoliberal que estão assentadas nas privatizações, desaparecimento do Estado, redução dos gastos sociais em prol da manutenção dos superávits primários.

Conforme destaca Behring (2011) dentro das nuances da ofensiva neoliberal, temos a segmentação das demandas sociais com indução da sua despolitização, respondendo apenas aos efeitos mais perversos com ações focalizadas destinadas a grupos sociais com menor capacidade de poder de decisão e pressão. Configurando-se na redução da garantia coletiva aos direitos historicamente construídos, nos quais as políticas sociais se desvinculam da lógica da proteção social e da cidadania, com fortes incentivos e ampliação do acesso pela via do mercado, o que implica em desregulamentação e desresponsabilização dos direitos pelo Estado, no qual os padrões universalistas de proteção social veem-se fragilizados, em virtude:

Das estratégias de extração de superlucros, com a flexibilização das relações de trabalho, onde se incluem as tendências de contração dos

encargos sociais e previdenciários, visos como custos e gastos dispendiosos; pela supercapitalização – com a privatização explícita ou induzida de setores utilidade pública, onde incluem-se saúde, educação e previdência. [...] Assim, a tendência geral é a de redução de direitos sob argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da seguridade social nos países em ações pontuais e compensatórias daqueles efeitos mais perversos da crise (BEHRING, 2003, p. 248).

No campo da política saúde como assevera Bravo (2009) convive em disputas dois projetos, um construído a partir da reforma sanitária, norteado pela concepção ampliada de saúde, a universalidade do direito e pelos os princípios que regem o SUS e que são assegurados constitucionalmente, no qual “a sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte a saúde” (BRAVO, 2009, p. 101). No segundo projeto, conhecido como privatista, a proposta de saúde delineada na década de 1980 tem sido desconstruída, em favor da política de ajuste e contenção de gastos, tendo como principais tendências “a contenção dos gastos com a racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2009, p. 101).

O fato é que o sistema único de saúde, no auge dos seus vinte e seis anos de existência, ainda está longe do SUS constitucional que preceitua a universalidade, equidade, integralidade das ações, com participação social e efetivo financiamento do Estado. De acordo com dados da nota técnica n. 12/2013 da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (CONOF/CD) evidenciam que os gastos privados com saúde superam os recursos públicos, equivalendo a 54,3% na instância privada, em contraponto com o público responsável por 45,7% dos gastos totais, situando-se bem abaixo dos países que tem cobertura universal de saúde, que estão acima dos 60%. Tomando como base os gastos dos dois setores (público e privado) temos o equivalente a 8,9% Produto Interno Bruto (PIB) situação de inferioridade se comparado a países que adotam a mesma política, como Inglaterra 9,3%, Espanha 9,4%, Canadá 11,2% e 9,0% na Austrália. Os dados demonstram controvérsia vivenciada no setor no qual, as despesas públicas representem apenas 4,07% do PIB. Esse desfinanciamento induzido coloca o Brasil único país no qual

sistema universal de atendimento integral das ações de saúde, os gastos privados superaram os públicos.

A conjuntura atual revela que embora tenhamos alcançado ganhos significativos no campo da saúde pública, ainda persiste a dupla trajetória público e privada no setor, que apresenta conforme destaca Piola et al. (2013) quatro vias de acesso para os serviços de saúde, a saber:

(I) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (II) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por 1.174 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 427 de planos exclusivamente odontológicos; (III) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (IV) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (Piola et al. 2013, p. 20).

Essa dualidade entre público e privado é gerador de desigualdade tanto na dimensão de financiamento quanto na oferta e acesso aos serviços de saúde, de acordo com dados elaborados Andrade et. al. (2013) evidenciam a seguintes disparidades:

Região	Consultou médico (%)		Número médio de consultas		Esteve internado (%)		Consultou dentista (%)		Problema de acesso (%)		Cobertura do PSF 2008
	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008	
Sem plano											
Brasil	49,63	63,19	3,38	3,76	6,68	6,62	44,76	52,96	4,75	3,97	56,9
Sudeste	51,33	65,47	3,65	3,97	5,87	5,87	48,6	55,05	3,48	2,82	44,42
Norte	48,87	60,93	2,9	3,47	7,69	7,69	43,42	49,08	6,43	5,09	55,64
Nordeste	47,01	61,23	3,06	3,58	6,66	6,66	35,61	47,43	6,62	5,68	71,23
Sul	50,89	63,53	3,57	3,82	6,95	6,95	53,92	61,69	3,2	2,45	57,88
Centro-Oeste	52,43	62,56	3,11	3,58	8,27	8,27	50,07	55,67	5,83	4,2	53,87
Com plano											
Brasil	70,55	78,88	4,09	4,34	7,48	7,48	73,1	76,38	1,48	1,12	33,82
Sudeste	69,96	79,07	4,18	4,38	7,04	7,04	71,97	75,5	1,11	0,94	27,9
Norte	66,74	78,19	3,46	4,23	8,31	8,31	67,22	71,29	3,35	1,48	39,83
Nordeste	73,72	80,53	4,02	4,33	7,63	7,63	73,75	76,02	2,36	1,85	44,74
Sul	70,64	77,89	4,06	4,31	7,7	7,7	77,95	80,36	1,37	0,85	41,54
Centro-Oeste	70,42	76,55	3,73	4,15	9,69	9,69	72,96	77,34	2,28	1,45	38,67

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 1998 e 2008).

Corroborando com dos dados acima mencionados Menicucci (2014) pontua que não significa que quem dispõe de plano privado adoça com mais frequência, os

números refletem a dificuldade de acesso, destaca que 75% da população usuária do SUS é destinado apenas 1,69 leitos por mil habitantes. Embora fique evidente todos os níveis de desigualdade do sistema, o Sus é um grande prestador de serviços de saúde. Em termos absolutos temos segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (2012):

O SUS fornece aproximadamente 11,3 milhões de internações, 2,3 milhões de procedimentos ambulatoriais, 215 mil cirurgias cardíacas e 16 mil transplantes de órgãos a cada ano. Em 2010, a sua estratégia de atenção primária atingiu 5.272 municípios do Brasil (94% do total), com 30.996 equipes de saúde da família, 19.609 equipes de saúde bucal, e 238.304 agentes comunitários de saúde. Em média, 9 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia (468 por 10 mil) são realizados anualmente no Brasil. A cada ano, há também 300 milhões de exames laboratoriais (1,9 por pessoa); 1 milhão de tomografia computadorizada (52 por 10.000); 160 mil exames de imagem por ressonância magnética (8 por 10.000); 6,5 milhões de exames de ultrassom (338 por 10 mil); e 8 milhões de sessões de diálise (417 por 10 mil).

Diante desse cenário de desmonte e privatização induzida da política de saúde, Paim et. al. (2011) assevera que é necessário um revisão nas relações público-privadas, urgindo ser montada uma nova estrutura financeira que privilegie a garantia da universalidade e igualdade do direito a saúde, destacam ainda que as desigualdades que ainda acometem o sistema não podem ser resolvidas apenas na esfera técnica, é imprescindível vontade política e para tanto se faz necessário esforços dos indivíduos e da coletividade, que através da via da participação social os sujeitos sociais encontram espaços para sejam assegurados o que garante arcabouço jurídico-legal.

3. A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO ESTADO BRASILEIRO

3.1. O princípio da soberania popular na Constituição de 1988 e seus instrumentos de viabilização

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 se instaura uma nova ordem política, institucional e jurídica no país, o que representa o marco da transição democrática brasileira, tendo em vista os mais de vinte anos de vigência do Regime Militar. A partir desta, é instituído o Estado Democrático de Direito, no qual todo o

poder emana do povo e a orientação desse estado é regida pelos princípios fundamentais como: a soberania, a cidadania; a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. O preâmbulo da referida constituição declara que a instituição do Estado Democrático de Direito se destina:

a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos (BRASIL, 1988, p.01).

Conforme aponta Simões (2013) a natureza democrática e de direito que reveste a qualificação desse Estado, diz respeito a cumulatividade entre os direitos individuais, os direitos sociais e a sua universalização, bem como os direitos e garantias fundamentais, tendo estes como princípio central o da dignidade da pessoa humana, que além de nortear tratados, convenções internacionais está positivada na Constituição de 1988. Em consonância com o exposto Battocchio (2014) destaca que a noção de Estado Democrático de Direito, está indissociavelmente relacionada à realização dos direitos fundamentais, os quais estão vinculados às ações legislativa, executiva e judiciária, que dentro do estado democrático de direito são formas de poderes dotados de independência, mas harmônicos entre si.

Segundo Dallari (1998), O Estado Democrático é aquele em que o próprio povo governa, sendo evidente colocar o problema de estabelecimento dos meios para que o povo exerça a sua vontade, através da representatividade, ou seja o estado democrático de direito se funda no princípio da soberania popular e para que o governo do povo se efetive, é necessário que haja uma intensa participação popular dentro desse Estado que segundo o referido autor possui este três pontos fundamentais:

A supremacia da vontade popular, que colocou o problema da participação popular no governo, suscitando acasas controvérsias e dando margem às mais variadas experiências, tanto no tocante a representatividade, quanto à extensão do direito de sufrágio e aos sistemas eleitorais e partidários. A preservação da liberdade, entendida sobretudo como o poder de fazer tudo o que não incomodasse o próximo e como o poder de dispor de sua pessoa e de seus bens, sem qualquer interferência do Estado. A igualdade de direitos, entendida como a proibição de distinções no gozo de direitos, sobretudo por motivos econômicos ou de discriminação entre classes sociais (DALLARI, 1998, p.56).

Se a democracia corresponde em primeira análise a “um conjunto de regras de procedimento para a formação de decisões coletivas, em que está prevista e facilitada a participação mais ampla possível dos interessados” (BOBBIO, 2000, p.12). Seu conceito está intrinsecamente ligado ao ideal de um regime de governo alicerçado na liberdade, no respeito aos direitos individuais e coletivos, na desconcentração do poder. O núcleo dessa democracia corresponde ao exercício da soberania popular que se releva enquanto vontade geral dos sujeitos, concebendo-os como o legítimo detentor do poder. Na qual, a legitimidade do governo e da lei estão condicionados ao consentimento e delegação dos governados. Partindo desses princípios destaca-se que a “soberania é una, integral e universal. Não pode sofrer restrições de qualquer tipo, salvo, naturalmente, as que decorrem dos imperativos de convivência pacífica das nações soberanas no plano do Direito Internacional”. (RIBEIRO, 2009, p.18) Corroborando ainda com o enunciado Alves (2010), ressalta que a soberania popular tem características indissociáveis e indivisíveis, a saber:

A soberania é una, uma vez que é inadmissível dentro de um mesmo Estado, a convivência de duas soberanias. É indivisível, pois os fatos ocorridos no Estado são universais, sendo inadmissível, por isso mesmo, a existência de várias partes separadas da mesma soberania. É inalienável, já que se não houver soberania, aquele que a detém desaparece, seja o povo, a nação ou o estado. É imprescritível, principalmente, justificando-se pelo fato de que jamais haveria supremacia em um Estado, se houvesse prazo de validade. A soberania é permanente e só desaparece quando forçado por algo superior (ALVES, 2010, p.02).

A soberania popular constitui princípio fundamental da Constituição Federal de 1988, a qual estabelece que "todo o poder emana do povo" que o exerce através de seus representantes eleitos por meio sufrágio universal que se configura um direito público subjetivo democrático assegurando constitucionalmente que confere a todo cidadão em igualdade de direitos, a investidura na função pública eletiva (o direito a ser eleito) e pelo voto direto e secreto de valor igual para todos (o direito de eleger). Tal direito assegurado constitucional também é previsto no direito internacional e assegurado pelos organismos internacionais de proteção e promoção dos Direitos Humanos, conforme aponta o Artigo 23 do Pacto de San José da Costa Rica de 1969:

Todos os cidadãos devem gozar dos seguintes direitos e oportunidades: a) de participar da condução dos assuntos públicos,

diretamente ou por meio de representantes livremente eleitos; b) de votar e ser eleito em eleições periódicas, autênticas, realizadas por sufrágio universal e igualitário e por voto secreto, que garantam a livre expressão da vontade dos eleitores; e c) de ter acesso, em condições gerais de igualdade, às funções públicas de seu país.

Esses instrumentos de soberania popular expressos através do sufrágio e do voto reúnem concepções de democracia representativa que corresponde a delegação feita pela sociedade a representantes direto para tomar decisões em nome da coletividade. “São tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eletivas para esta finalidade”. (BOBBIO, 2000, p.56). Destaca ainda o referido autor que em um Estado Representativo, pouco importa os órgãos de decisão, se regidos por um sistema parlamentarista, presidencialista, etc. O que vigora é o da representatividade consagrada pelo povo que se traduz na materialização da democracia. Para Bonavides, (2006) a democracia representativa tem como bases principais:

A soberania popular, o sufrágio universal, a observância constitucional, o princípio da separação dos poderes, a igualdade de todos perante a lei, a manifesta adesão ao princípio da fraternidade social, a representação como base das instituições políticas, limitação de prerrogativas dos governantes, Estado de Direito, temporariedade dos mandatos eletivos, direitos e possibilidades de representação, bem como das minorias nacionais, onde estas porventura existirem (BONAVIDES, 2006, p.294).

Em convivência com a democracia representativa temos a democracia direta que na conceituação de Bobbio (2000), os sujeitos participam das deliberações que lhe dizem respeito e para tal, faz-se necessário que não haja intermediário entre os indivíduos deliberantes e as deliberações emanadas. A nossa Constituição Federal de 1988 contempla instrumentos de participação direta dos cidadãos nos assuntos do governo que se materializa através do plebiscito, do referendo e da iniciativa popular. Essas formas de democracia direta são imprescindíveis no tempo que se inscreve, tendo em vista a crise de representatividade, no que concerne aos cargos políticos, em face da descrença generalizada da população, em virtude das histórias práticas políticas que ainda vigoram no país, como à corrupção eleitoral e administrativa, à herança coronelista com a política de troca de favores. O fato é que, a qualidade política

continua sendo desafiada, seja em termos da representatividade política das lideranças, seja na legitimidade do processo democrático da participação (DEMO, 1996).

Os mecanismos de Democracia direta definidos constitucionalmente: o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular são os canais de consultas populares realizados através do sufrágio universal e do voto. Conforme ressalta Simões (2010, p.329) o plebiscito foi instituído pela primeira vez, “na Constituição de 1934, atribuído à iniciativa do presidente Getúlio Vargas. A de 1946 previa-o, mas apenas para decisão acerca da incorporação, subdivisão ou desmembramento de Estados – Membros, e a de 1967, não o instituiu”.

O referendo e o plebiscito merecem ser analisados conjuntamente, em virtude das similitudes que guardam na sua estrutura, conforme preceitua a CF 88 (BRASIL, 1998), ambos ocorrem através de votação direta e secreta por meio de consulta popular para que a população delibere sobre matéria de natureza constitucional, legislativa ou administrativa. O que difere os dois é que no caso Plebiscito a sociedade é convocada previamente para opinar sobre determinado assunto, antes de qualquer formulação legislativa, configurando a decisão da população matéria para elaboração de lei posterior. Enquanto, no Referendo, é o Congresso Nacional elabora e aprova inicialmente um projeto de lei ou emenda constitucional para posteriormente submetê-la a ratificação ou rejeição dessa nova legislação pela da população por maioria simples, podendo ser convocado no prazo de trinta dias, a contar da promulgação de lei ou adoção de medida administrativa, o qual tem seu resultado homologado pelo Tribunal Superior Eleitoral. Cabe destacar que conforme versa o artigo 49, inciso XV da Constituição Federal de 1988, “é competência exclusiva do Congresso Nacional, autorizar referendo e convocar plebiscito”. Sendo convocados por meio decreto legislativo, com proposta de um terço, no mínimo, dos membros que compõem qualquer uma das Casas (CF,1988). Silva (2010) se refere da seguinte forma, ao comentar a lei o que regulamentou o art. 14 da Constituição Federal, destacadamente os aspectos do referendo e plebiscito:

Restritiva em primeiro lugar, porque só previu referendo e plebiscito de iniciativa parlamentar, sequer admitiu o referendo de iniciativa do Presidente da República, e menos ainda o de iniciativa popular. Restritiva ainda, porque submete essa convocação a uma condição subjetiva: questão de relevância nacional. Além disso, a lei mudou um pouco a dicção do art. 49, XV, da Constituição que dá competência exclusiva do Congresso Nacional para autorizar o referendo e

convocar o plebiscito, reduzindo tudo em convocar; com isso liquidou a possibilidade de iniciativa presidencial ou popular do referendo, pois “autorizar” supõe ato de outrem, se bem que isso tenha pouca importância, desde que, em qualquer caso, fica tudo submetido ao alvedrio do Congresso Nacional e à sua má vontade em relação a esses institutos (SILVA, 2010, apud BECHELLI, 2014, p.03).

Participar de um referendo ou plebiscito é algo novo na história do Brasil, as consultas populares realizadas no país foram o referendo de 1963, que data a primeira consulta já realizada que teve como objetivo a escolha do regime presidencialista ou a continuação do sistema de governo parlamentarista. O resultado do referendo foi que 76% do eleitorado brasileiro de 1963 disseram “não” ao parlamentarismo e, com isso, o Brasil voltou ao presidencialismo (VAZ, 2013).

Trinta anos após a primeira consulta popular, a população brasileira novamente é convocada a deliberar, só que dessa vez sob a forma de plebiscito realizado em 21 de abril de 1993. Tal consulta colocou para o debate nacional a decisão sobre o sistema de governo, se presidencialista ou parlamentarista, como também se configuraria uma monarquia ou uma república. Quanto ao sistema de governo, 36 milhões e meio de brasileiros optaram pelo presidencialismo. A respeito da forma de governo, a republicana ganhou, com mais de 43 milhões de votos. De acordo com, (VAZ, 2013):

“a grande novidade dessa consulta popular nacional de 1993 foi o chamado voto em trânsito. Embora estivessem fora de sua cidade e/ou estado, 551.043 eleitores puderam exercer o direito/dever do voto e expressar sua opinião sobre os rumos do destino político do país” (VAZ, 2013, p.3).

Já em 23 de outubro de 2005, a população brasileira foi conclamada novamente, agora através de referendo, para responder se deveria ser proibido o comércio de armas de fogo e munições no país. De acordo com a alteração no art. 35 do Estatuto do Desarmamento (Lei nº 10.826/2003)

Tornava proibida a comercialização de arma de fogo e munição em todo o território nacional, salvo para as entidades previstas no art. 6º do estatuto. Como o novo texto causaria impacto sobre a indústria de armas do país e sobre a sociedade brasileira, o povo deveria concordar ou não com ele. Os brasileiros rejeitaram a alteração na lei (TSE, 2014).

Compareceram às urnas 95.375.824 eleitores. Sendo a opção por não comercialização de armas de fogo e munição vitoriosa com mais de 59 milhões de votos. Sendo considerada a maior consulta popular informatizada do mundo. Com o

aparato dessa nova tecnologia, no qual o país é pioneiro, é possível ser realizadas consultas populares com eleições em uma única urna eletrônica. Fato que ocorreu em 2012, nas eleições municipais, onde eleitores de cinco municípios dos Estados de Rondônia e Rio Grande do Norte, além de escolherem os prefeitos, vices e vereadores puderam deliberar através de três plebiscitos locais acerca de criação, desmembramento e mudança de nome de município (VAZ, 2013).

No ano de 2010, eleitores provenientes do Estado do Acre decidiram em referendo pela adoção de novo horário para o estado: menos duas horas em relação ao horário de Brasília.

Outro plebiscito foi realizado dessa vez na região norte, tratou sobre a possibilidade de desmembramento da unidade federativa do Pará e a criação de mais dois estados nessa região, Carajás e Tapajós, nos termos dos decretos legislativos nº 136/2011 e nº 137/2011. O resultado foi desfavorável a criação dos dois Estado.

No que concerne à iniciativa popular, de acordo com CF de 1988, esta compreende a apresentação de projeto de lei pela população à Câmara dos Deputados, desde que apresente a assinatura de no mínimo de um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados do país, devendo ainda contar com pelo menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles. Para que depois de submetida a Câmara dos Deputados, seja posteriormente sujeita a aprovação do Senado e da Presidência da República (BRASIL,1988).

Foi arquivada em 31 de janeiro de 2015, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 3/2011 que propunha nova redação ao inciso V do art. 49 da Constituição Federal. Estipulando a reduz para 0,5% do eleitorado o número de assinaturas necessárias para apresentação de projetos de lei e abre a possibilidade de os cidadãos apresentarem PECs. (Projetos de Leis e Outras Proposições, Câmara dos Deputados, 2015).

Nesses vinte de sete anos, desde a promulgação da Constituição em vigência, apenas quatro projetos elaborados pela sociedade foram convertidos em lei. O primeiro data de 1994, que deu origem a Lei nº 8.930/94, que considera crime hediondo assassinatos por motivo fútil ou com crueldade. A segunda lei sancionada a partir da iniciativa da sociedade é a 9.840/1999 de combate à corrupção eleitoral, que tipifica como crime de compra de votos. a terceira iniciativa refere-se a que criou o fundo nacional de habitação popular, garantindo através da Lei nº 11.124/2005.

E a mais recente, que data de 2010 é a lei da ficha limpa Lei Complementar 135/2010 que combate à corrupção eleitoral, fruto de intensa mobilização da sociedade civil, liderado principalmente pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e pelo Movimento de Combate a Corrupção (MCCE), ocorreu com ampla divulgação na internet, obtendo mais de 1,6 milhões de assinaturas e mais de 2 milhões de adesões via internet, a lei impede que políticos que foram condenados judicialmente possam concorrer aos pleitos, bem como torna inelegíveis candidatos que tenham renunciado o mandato eletivo para se furtar de possíveis cassações (BELTRÃO & VIDIGAL; SIMÕES 2013)

3.2. Os Instrumentos do planejamento orçamentário brasileiro.

Conforme destaca Santos (2010), o orçamento público é um documento contábil, que reflete o planejamento de todas as receitas e despesas estimadas que o gestor público dispõe para dar cumprimento às ações do governo.

Conforme expresso na Constituição Federal Art.174, o desenvolvimento do planejamento é um dever do Estado, sendo determinante para os setores público e indicativo para os setores privados.

O processo de elaboração do orçamento público no Brasil obedece a um “ciclo” integrado ao planejamento de ações, que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 165 destaca que são os instrumentos no ciclo orçamentário, o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA.

O PPA faz o planejamento das políticas sociais e programas de governos com vigência de quatro anos (quadriênio) definindo o plano de ação para médio prazo, bem como relatar as despesas de capital e as despesas decorrentes². Conforme define a CF DE 1988:

A lei que instituir o Plano Plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada (BRASIL, 1988, Art. 165, §1º).

A elaboração do PPA obedece a duas etapas: a primeira refere-se a formulação da proposta pelo Poder Executivo e a segunda concerne a sua submissão para

apreciação e votação da proposta pelo Poder Legislativo. O encaminhamento da proposta do PPA deve ser feita até o dia 31 de agosto do primeiro ano de mandato do gestor, tendo a respectiva peça orçamentária vigência a partir do segundo ano de governo de quem a elaborou até o primeiro ano do mandato subsequente (BRASIL, 1988).

As ações programadas no PPA e aprovadas respectivamente pelo Poder Legislativo assumem caráter legal, sendo vedado gastos que não estejam expressos no PPA, assim preceitua o § 1º do inciso XI do art. 167 da Constituição Federal:

Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão, sob pena de crime de responsabilidade.

²A partir disso, faz-se necessária a intensa participação social na discussão e alteração do PPA antes de sua aprovação. Tendo em vista a inserção de demandas sociais que tenham sido contempladas na proposta original. De acordo com Santos (2010) a construção do PPA deve orientar pelas seguintes etapas:

a realização de audiências públicas com as autoridades governamentais e a sociedade; a definição de regras para emendar o projeto de lei; a apresentação das emendas ao projeto de lei; a apresentação e votação do relatório sobre o projeto de lei e suas emendas na Comissão de Orçamento; a apresentação e votação do parecer da Comissão de Orçamento no plenário do Legislativo; o encaminhamento do autógrafa ao chefe do Poder Executivo, para sanção ou veto; e a publicação da lei no diário oficial (SANTOS, 2010, p. 32).

Conforme ressalta a referida autora, as audiências públicas se configuram o instrumento mais importante desse processo, pois é através dele que a sociedade tem espaço para participar das discussões sobre as leis orçamentárias e externar suas opiniões e demandas ao Poder Executivo e ao Poder Legislativo.

² As despesas de capital são aquelas relativas, principalmente, a obras, instalações, equipamentos e material permanente, ou seja, despesas que contribuam, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital (Portaria Interministerial n. 163, de 4 de maio de 2001). Temos ainda as despesas decorrentes das despesas de capital que envolvem todos os gastos relacionados à manutenção das obras, às instalações, aos equipamentos e ao custeio de sua utilização e funcionamento. Por exemplo, a construção do edifício-sede de um hospital é despesa de capital da qual decorrem importantes despesas correntes, relacionadas não somente com a manutenção do prédio, mas também com o funcionamento dos serviços de saúde ao qual o prédio se destina (contratação e remuneração dos médicos, aquisição de medicamentos, pagamento de energia, água, telefone etc (SANTOS, 2010, p.24).

No que concerne a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), esta compreende a peça responsável pela união entro o PPA (planejamento de médio prazo) e a Lei Orçamentária Anual (prevê a execução orçamentária anual).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da Lei Orçamentária Anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. (BRASIL, 1998).

O objetivo principal da lei de diretrizes orçamentárias é orientar a forma e o conteúdo da lei orçamentária anual de cada exercício norteando as prioridades a serem adotadas em sua elaboração. Destaca ainda a Controladoria Geral da União:

A LDO dispõe sobre as metas e prioridades para a Administração Pública, os critérios para a elaboração da LOA, as alterações da legislação tributária e as formas de financiamento do orçamento. Dispõe ainda sobre política salarial e concursos públicos e estabelece os percentuais de recursos que serão descentralizados para os Poderes e Administração Indireta, como fundações, autarquias e sociedades de economia mista. Elege, a partir do PPA, os programas e metas físicas a serem executados, sempre no exercício seguinte ao de sua elaboração (CGU, 2010, p.19).

Conforme destaca Santos (2010), a Lei de Responsabilidade Fiscal delegou outras atribuições à LDO a de dispor sobre metas e riscos fiscais, programação financeira, limitação de empenho e movimentação financeira (contingenciamento) e transferências de recursos a entidades públicas e privadas, entre outras. O encaminhamento para sua discussão e apreciação no Congresso Nacional do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO), realizado pelo presidente da República, dever ser feito até oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro (15/04) e devolvido para sanção presidencial até o encerramento do primeiro período legislativo (17/07). De acordo como estabelece a Constituição em seu artigo 57 § 2º A sessão legislativa não será interrompida sem a aprovação do projeto de lei de diretrizes orçamentárias. Os prazos ora mencionados equivalem para o Governo Federal, no tocante aos demais níveis de governo, suas datas são estipuladas a partir de suas respectivas Constituições e Leis Orgânicas (MOTTA, 2012).

No que diz respeito à última peça orçamentária prevista pela Constituição, a Lei Orçamentária Anual, esta tem como objetivo discriminar as fontes de arrecadação,

estimar as receitas que o governo espera dispor, autorizar as despesas do exercício financeiro que serão direcionadas para o ano seguinte de sua elaboração. É nela que o programa de trabalho de governo se materializa de forma detalhada e objetiva, destacadamente as despesas obrigatórias e as discricionárias, que Santos (2010) conceitua, da seguinte forma:

São obrigatórias as despesas que constituem obrigações constitucionais ou legais do governo, tais como pagamento de pessoal, de juros e encargos da dívida pública, de aposentadorias etc. As despesas não obrigatórias são chamadas de “discricionárias”, porque sobre elas o governo tem margem para escolher se as executam ou não. Quanto maior a proporção de despesas obrigatórias no orçamento, maior sua rigidez e menor a flexibilidade dos políticos e gestores para planejar as ações governamentais (SANTOS, 2012, p. 42-43).

É oportuno frisar que o orçamento previsto na LOA é autorizativo, não constitui uma obrigação de gastar, exceto das despesas obrigatórias, que são previstas constitucionalmente. No entanto o seu não encaminhamento ao Congresso Nacional até 31 de agosto implicar em crime de responsabilidade do Presidente da República, conforme previsto no inciso III do § 2º do art. 35 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), combinado com o art. 10 da Lei n.º 1.079/1950. Esses dispositivos também atingem os governadores e prefeitos (CGU, 2010).

Conforme destaca Santos (2010), a LOA é estruturada com base em três demonstrativos distintos que explicita seus gastos da seguinte forma:

Orçamento fiscal: apresenta as despesas dos Poderes, seus fundos, órgãos e entidades da Administração Direta e Indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público. Orçamento da seguridade social: traz as despesas com saúde, previdência e assistência social. Observe que tais despesas não ocorrem apenas nos órgãos e nas entidades de saúde, previdência e assistência, mas em praticamente todos os órgãos do governo. Orçamento de investimento das empresas estatais: apresenta as despesas de capital das empresas em que o governo detenha maioria do capital social com direito a voto e sejam dependentes de repasses do Tesouro para sua operação (SANTOS, 2010, p. 43).

A Lei Orçamentária Anual (LOA) deve ser norteada pelos princípios definidos pela Lei n.º 4.320/1964, conhecida como Lei das Finanças Públicas, que prevê normas

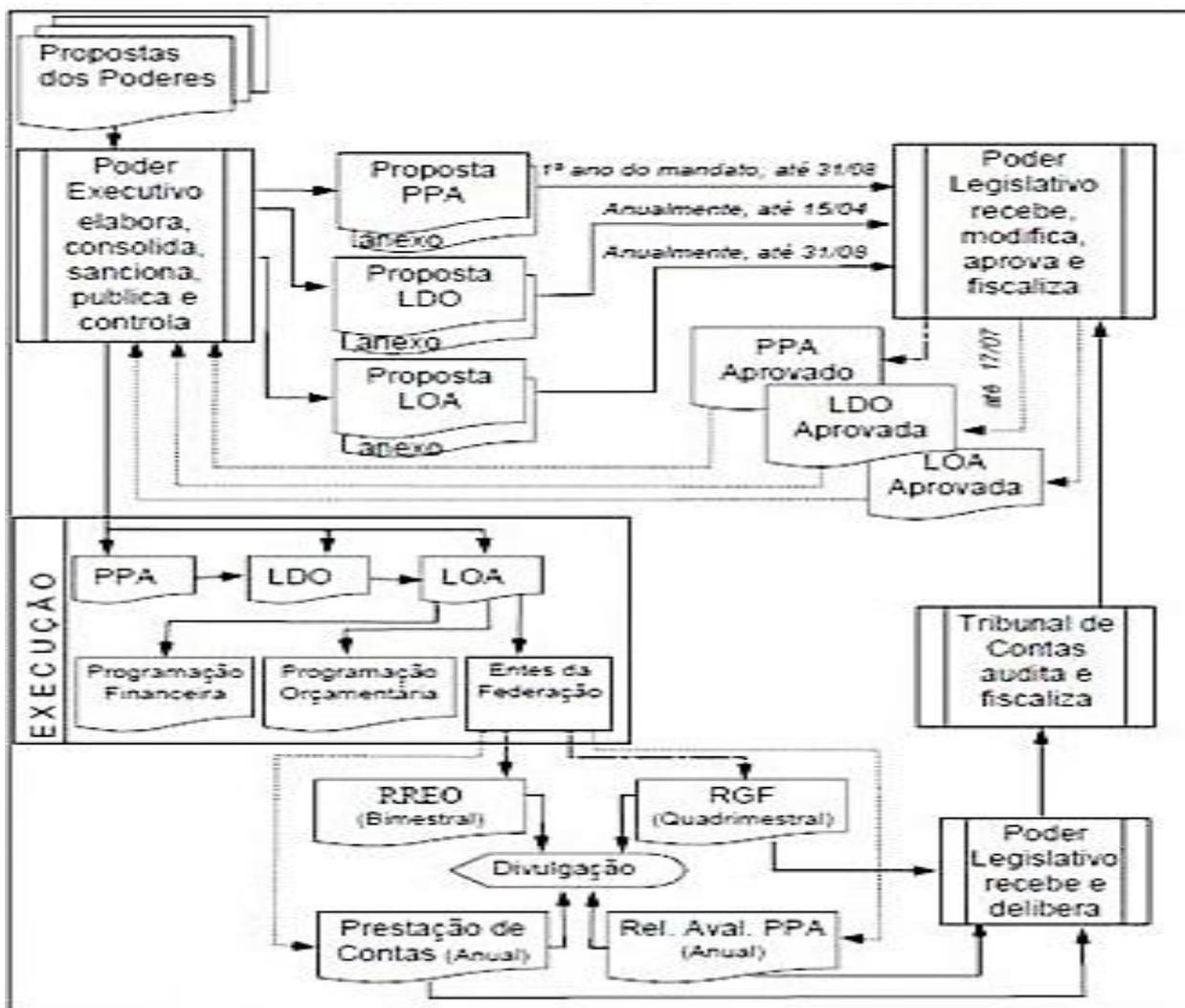
de responsabilidade no trato das finanças públicas. A referida Lei versa em seu Art. 1º, § 1º: que “a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas” (BRASIL, 2014). A LOA deve obedecer aos princípios da LRF que são: unidade, universalidade, anualidade, equilíbrio, publicidade, especialização, exclusividade e orçamento bruto. Conforme preceitua a CGU (2010).

em cada exercício financeiro deve haver apenas um orçamento (unidade) para cada ente federativo, o qual deve abranger todas as receitas a serem arrecadadas e todas as despesas a serem realizadas (universalidade). O orçamento deve tratar apenas de receitas e despesas, sendo permitida autorização de abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito (exclusividade). Deve ter vigência de um ano (anualidade) e cuidar para que as despesas não ultrapassem as receitas (equilíbrio). Deve ser publicado nos diários oficiais (publicidade), discriminar as receitas e despesas (especialização) e apresentar se sem deduções (orçamento bruto). (CGU,2010, p. 19-20)

Embora as peças orçamentárias sejam tratadas separadamente para fins analíticos, estes três orçamentos são expostos em um único documento. Existem outros documentos que fazem parte do processo orçamentário, que entre seus objetivos consta orientar a execução do orçamento, bem como ampliar sua transparência (MOGNATTI, 2005).

O Decreto de Programação Financeira e Orçamentária – publicado até trinta dias após a sanção da LOA e revisto a cada bimestre conforme o comportamento da receita – , o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), de periodicidade bimestral, cujo objetivo é apresentar à sociedade o desempenho da execução da LOA, o Relatório de Gestão Fiscal (RGF), quadrimestral, no qual são demonstrados o cumprimento das metas fiscais determinadas na LDO, dos limites com gastos com pessoal e do endividamento do Estado, além do Relatório de Avaliação do PPA e a Prestação de Contas dos chefes de Poder (MOGNATTI, 2005). A seguir o Quadro 1, explicita a inter-relação que ligam os referidos instrumentos orçamentários, vejamos:

RELAÇÃO ENTRE AS PEÇAS DO ORÇAMENTO BRASILEIRO



Fonte: MOGNATTI (2005, p.19).

Concluída a fase de elaboração, apreciação legislativa, votação e aprovação dos instrumentos orçamentários, tem-se início a fase de execução. Momento tão importante quanto a fase da elaboração, tendo em vista, que nele a sociedade tem o papel crucial de participar da gestão dos recursos públicos juntamente com os gestores.

O ordenamento jurídico brasileiro dispõe de regras para a boa e correta aplicação do dinheiro público. Tais regras estão expressas, principalmente, na Lei das Finanças Públicas, a Lei n.º 4.320/1964, na Lei das Licitações, a Lei n.º 8.666/1993 e na Lei de Responsabilidade Fiscal, a Lei Complementar n.º 101/2000. A Lei n.º 8.666/93 regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal e estabelece:

as normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1993, art. 1º).

Destaca ainda, que estão subordinadas ao previsto na Lei, os órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Na conceituação de Mello (2009), o processo licitatório compreende:

[...] procedimento administrativo pelo qual uma pessoa governamental, pretendendo alienar, adquirir ou local bens, realizar obras ou serviços, outorgar concessões, permissões de obra, serviço ou de uso exclusivo de bem público, segundo condições por ela estipuladas previamente, convoca interessados na apresentação de propostas, a fim de selecionar a que se revelar e mais conveniente em função de parâmetros antecipadamente estabelecidos e divulgados. (Mello, 2009, p. 333).

Conforme destaca Olivo (2011) o procedimento licitatório tem dois objetivos nítidos: o primeiro é a garantia do princípio constitucional da isonomia (igualdade de todos perante a lei) e por último selecionar a proposta mais vantajosa para a administração pública (menor preço e melhor técnica). Além desses princípios a proposta vencedora da licitação deve ser norteadas pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório e julgamento objetivo. Dessa forma, as obras, serviços e compras se efetuam a partir de cinco modalidades de licitação, a saber:

Concorrência: ocorre entre quaisquer interessados que, na fase de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital. Tomada de preços: é a licitação por meio de consulta a interessados devidamente cadastrados. Convite: acontece por meio de convite apelo menos três fornecedores escolhidos pela unidade administrativa. Concurso: ocorre para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico. Leilão: é a licitação para venda de bens móveis ou imóveis (SANTOS, 2010, p.102).

Conforme versa a Lei 8666/93 todas as compras feitas pela administração direta ou indireta, deverão ser dadas publicidade mensal, com aviso publicado no Diário Oficial da União, quando se tratar de licitação feita por órgão ou entidade da Administração Pública Federal, no Diário Oficial do Estado, ou do Distrito Federal quando se tratar, respectivamente, de licitação feita por órgão ou entidade da Administração Pública Estadual ou Municipal, ou do Distrito Federal e em jornal diário

de grande circulação no Estado e caso haja, em jornal de circulação no Município ou na região onde será realizado o processo licitatório. Tal medida visa promover a identificação do bem comprado, seu preço unitário, a quantidade adquirida, o nome do vendedor e o valor total da operação, entre outros detalhes que são de relevância para o acompanhamento da população sobre os gastos públicos e a sua aplicabilidade (BRASIL, 1993). A supracitada lei estabelece o limite de valores para cada modalidade de licitação e suas respectivas despesas.

Ressalta ainda, a referida Lei que da publicação do edital convocatório da licitação até o recebimento das propostas, devem ser, deverá transcorrer um prazo mínimo, fixado pela Lei em:

I - quarenta e cinco dias para: a) concurso; b) concorrência, quando o contrato a ser celebrado contemplar o regime de empreitada integral ou quando a licitação for do tipo melhor técnica ou técnica e preço. II - trinta dias para: a) concorrência nos casos não especificados na alínea b do inciso anterior; b) tomada de preços, quando a licitação for do tipo melhor técnica ou técnica e preço III - quinze dias para tomada de preços, nos casos não especificados na alínea b do inciso anterior, ou leilão; IV - cinco dias úteis para convite (BRASIL, 1993, art.21).

Realizada a licitação, os órgãos da administração pública direta ou indireta, passam a obedecer aos estágios do empenho, liquidação e pagamento previstos na Lei n.º 4.320/1964 que versa sobre as normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. O Art. 58 da referida lei informa que “o empenho de despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”. Esclarece ainda, Santos (2010, p.103), que o “empenho é a reserva de parte da dotação orçamentária para fazer frente ao pagamento dos fornecedores contratados. Nenhum órgão pode realizar despesa sem prévio empenho”.

No que concerne à liquidação esta é compreendida como “a verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito” (BRASIL, 1964, art.63). Destaca a referida lei que tal apuração tem como finalidade apurar, primeiro a origem e o objeto do que se deve pagar e por fim, a importância exata a pagar. De acordo com Santos (2010), a liquidação:

é o reconhecimento de que os bens ou serviços adquiridos foram entregues conforme previa o contrato e que, portanto, o contratado é credor da Administração Pública e tem direito ao pagamento correspondente. Para liquidar a despesa, o gestor público deve verificar se o contratante atendeu às condições do contrato e apurar quem é o credor e qual o montante do pagamento a ser realizado (Santos, 2010, p. 103-104).

No que concerne ao último estágio, o pagamento é a emissão da ordem de pagamento efetuado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga (BRASIL, 1964, art.64). Diante do exposto, é imprescindível que a população participe da elaboração do orçamento público e acompanhe a execução das despesas previstas nele, de forma que possa evitar e denunciar possíveis desvios e desperdícios dos recursos públicos, bem como as descontinuidades administrativas em face de interesses particulares, privados.

3.3. O controle interno, externo e social na administração pública.

A reflexão e promoção dos mecanismos de controle interno e externo tornam-se indispensáveis para o fortalecimento da cidadania e conseqüentemente o aprofundamento da democracia, fatores indissociáveis do processo de garantia dos direitos humanos. Para que as atividades do governo não se desviem de sua finalidade pública, que compreende o atendimento aos interesses da coletividade, resguardando os preceitos da legislação vigente, estarão submetidos a:

Fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (BRASIL, 1988, art.70).

Em linhas gerais, o controle externo, no âmbito federal é de responsabilidade do Congresso Nacional, sendo realizado com auxílio do Tribunal de Contas da União, nos demais níveis de governo o controle externo se processa através do poder legislativo com auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município ou dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios, onde houver. Já o controle interno na administração pública se desenvolve em cada nível de poder. A Instrução Normativa n.º

16, de 20.12.91, do Departamento de Tesouro Nacional, conceitua Controle Interno como sendo:

Conjunto de atividades, planos, métodos e procedimentos interligados utilizados com vistas a assegurar que os objetivos dos órgãos e entidades da administração pública sejam alcançados, de forma confiável e concreta, evidenciando eventuais desvios ao longo da gestão, até a consecução dos objetivos fixados pelo Poder Público. (INSTRUÇÃO NORMATIVA, 1991).

A Constituição Federal, em seu artigo 74, estabelece que deva ser mantidos pelos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário sistemas de controle interno, de forma integrada e que tenham como finalidade:

I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União; II - comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado; III - exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União; IV - apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional (BRASIL, 1988, art.74).

Destaca ainda, em seu parágrafo primeiro, fica estabelecido que “Os responsáveis pelo controle interno, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária”. Ou seja, se torna obrigatório a denúncia de qualquer irregularidade encontrada para que o TCU tome as providências cabíveis. Ressalta ainda, que as cortes de contas também atuam mediante provocação, dessa forma, abre espaço para que qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato, enquanto parte legítima possa denunciar irregularidades ou ilegalidades nos gastos públicos.

Além do TCU existem outros órgãos públicos que atuam na investigação, controle e repressão da corrupção, como o Ministério Público Federal e Estadual, as controladorias dos Estados, o poder judiciário, apenas para citar os órgãos mais notórios.

Ao lado do controle externo e controle interno, atuando na fiscalização, monitoramento e controle para que a gestão pública não se desvie das finalidades públicas, temos o controle social, que no Brasil ganha relevo a partir da década de 1980.

Destaca-se o controle social na cena sócio-política brasileira com o processo de redemocratização do país, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de controle social nas políticas públicas, a partir da Constituição Federal e da legislação infraconstitucional as quais, pautando-se pelos princípios da descentralização e da participação popular, criou instrumentos para que a sociedade atue no controle das ações do Estado. Dentro da perspectiva de soberania popular o termo controle social tem sido designado como sendo a capacidade que as “classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia” (CORREIA, 2009, p.117). Tendo em vista que teremos o tópico reservado exclusivamente para tratar do controle social, nesse momento não nos aprofundaremos em sua análise.

3.4.Índice de participação social na América Latina

O índice de desenvolvimento democrático da América Latina é um indicador elaborado pela Fundação Konrad Adenauer que está ligada a União Demócrata Cristã (CDU), de origem alemã, com mais de setenta escritórios e mais de 120 projetos desenvolvidos a nível internacional, com intuito de contribuir para a promoção da democracia, do Estado de direito e da economia social de mercado. A Fundação avalia anualmente, desde 2002, o grau de democracia dos países da América Latina. Para tanto, toma por base a análise de quatro dimensões, a saber:

A primeira dimensão avalia o respeito aos direitos políticos e liberdades civis e a democracia, nesta dimensão são considerados cinco indicadores, vejamos: o primeiro refere-se ao compromisso político, mede a proporção de eleitores que aceitam e / ou defendem uma proposta de política. O segundo concerne ao indicador do Índice de Direitos Políticos, nele são avaliados a percepção do grau de respeito no tocante ao processo eleitoral, ao pluralismo político e a participação e funcionamento do governo. O terceiro indicador se debruça sobre o Índice de liberdades Civis, sendo analisado o nível de respeito as liberdades civis básicas que inclui a liberdade de expressão e de crença, os direitos de associação e organização, bem como o Estado de Direito e a autonomia pessoal e a garantia aos direitos individuais. Já o quarto indicador se concentra na avaliação da representação de gênero nos poderes, executivo, legislativo e

judiciário. Neste item são avaliados a proporção de representação feminina no Gabinete do Executivo, do Legislativo e dos Tribunais Supremos dos países pesquisados, medindo a discriminação de gênero, bem como se existe o cumprimento da legislação que garante cotas de gênero, o que se configura numa ação afirmativa, que garante as mulheres uma percentagem de candidaturas no legislativo. E o quinto e último item dessa dimensão se refere às liberdades condicionadas e direitos para atos de insegurança, neste são considerados os índices de homicídios (excluindo aqui as mortes por acidentes de trânsito e outras lesões de cunho não intencionais) e os sequestros. Tais crimes segundo o indicador servem de parâmetros para avaliar se em determinada sociedade as liberdades civis, os direitos e deveres de todos os cidadãos são restritos pelas manifestações de violência urbana. De acordo com a incidência desses crimes, uma dada sociedade se mostra insegura e a desproteção dos seus habitantes é recorrente (ID-LAT, 2014b).

No que concerne a segunda dimensão, Qualidade e Eficiência Institucional: Instituições Democráticas Politicamente, esta tem como indicadores: o Índice de Percepção de Corrupção (IPC), que mede a corrupção e abuso de poder em benefício pessoal, incluindo a corrupção no setor público e privado. Visa avaliar, principalmente, a percepção de integridade ou a responsabilidade dos governos na gestão pública. Outro indicador é o Accountability que compreende avaliar se a prestação de contas e o controle sobre o governo e os funcionários públicos atendem as exigências do quadro legal, e conseqüentemente as demandas da sociedade, com tal indicador verifica-se o grau de um governo politicamente responsável (ID-LAT, 2014b).

Segundo esse indicador, faz parte ainda da referida dimensão o indicador que trata sobre a Eleição de juízes do Supremo Tribunal, observa-se, os procedimentos dos três poderes do Estado na seleção e eleição dos membros do Supremo Tribunal Federal, avaliando se há politização das nomeações. Dentro desse contexto tem-se o indicador sobre o desempenho da Promotoria de Justiça que considera a "existência da instituição do Provedor de Justiça" e sua performance é classificada de acordo com o "número de apresentações feitas pelo público durante o ano em questão cada 100.000 habitantes" (ID-LAT, 2014a, p.4). No que concerne ao indicador do Desempenho das Instituições Superiores de Auditoria, tal indicador considera a existência desse controle externo, bem como seu desempenho que são classificados com base nos relatórios publicados anualmente, verificando dessa forma, se tais agências funcionam de forma eficaz, se são

capazes de gerar informações úteis para a legislatura e para a sociedade em geral (idem).

No que concerne ao indicador que mede os Mecanismos (existentes e utilizados) Democracia Direta para a expressão cidadão, Considera-se para tanto, a existência de procedimentos para o Plebiscito, Referendo e Consulta Popular, que permita a população se expressar e decidir sobre as questões políticas. Tal indicador, além de avaliar a existência desses mecanismos, verifica também a sua eficaz aplicação (ID-LAT, 2014a).

O indicador que avalia as condições para o exercício de uma imprensa livre; Indicador de Acesso à informação pública e a existência de institutos reguladores, avalia o Grau de autonomia dos cidadãos para exigir transparência e exercer controle sobre as informações que os governos dispõem. Já Indicador de desestabilização da democracia, verifica o grau de respeito pelo Estado de Direitos em todas as instituições e setores da sociedade. Nele se analisa a existência de minoria ou maioria organizada sem representação, a existência de vítimas da violência política. Tendo como fator de desestabilização: a existência de grupos armados que visam substituir ou enfraquecer a democracia. No que diz respeito ao último indicador desta dimensão temos o Fator de anormalidade democrática nele são avaliados a presença ou ausência de crise institucional.

No tocante a terceira dimensão, esta se debruça sobre capacidade de gerar políticas de segurança social para assegurar a democracia e tem como indicadores: o Desempenho em Saúde (taxas de mortalidade infantil e as despesas de saúde em percentagem do PIB); o Desempenho em Educação verifica a inscrição e a conclusão do ensino secundário e as despesas com educação em percentagem do PIB destinada; O desemprego urbano nele é considerado a melhoria das condições de trabalho da população como um dos componentes fundamentais da democracia; e por fim, o indicador sobre População abaixo da linha da pobreza;

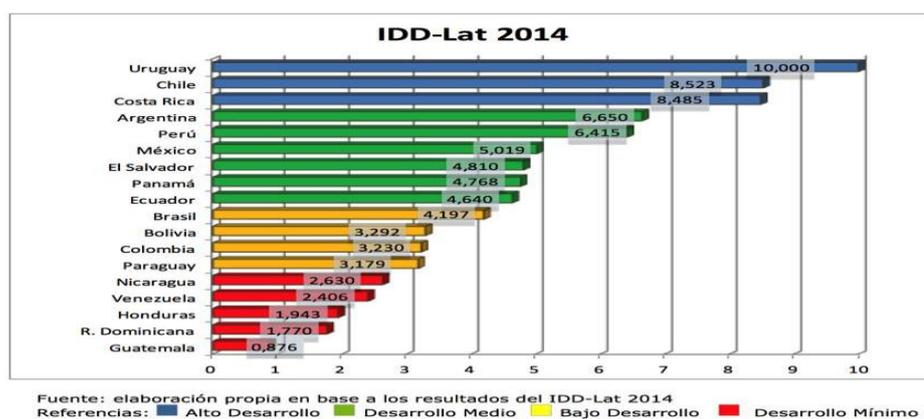
No que tange a quarta dimensão, esta avalia a capacidade de gerar políticas de eficiência económica para garantir Democracia Econômica, tendo como indicadores, o índice dos Pontos no Índice de Liberdade Econômica; o indicador do PIB per capita PPP (ajustado por paridade de poder aquisitivo); o indicador da Renda Gap (relação entre o quintil mais baixo e mais alto), o respectivo indicador “considera a maior e a menor quintil ter uma ideia da diferença entre a apropriação da riqueza entre os 20% e os 20% mais pobres. Diz respeito à eficiência dos sistemas democráticos para promover

indicadores de equidade” (ID-LAT, 2014b, p.10); Já o indicador Investimento (investimento fixo bruto em relação ao PIB), corresponde a capacidade de projetar políticas que criam bem-estar econômico; E por fim, o indicador de Dívida (percentual da dívida em relação ao PIB), mede o grau de endividamento de um país dependendo dos recursos disponíveis para satisfazer os seus compromissos (idem, ibidem).

Feitas essas conceituações do que venha ser cada dimensão do índice de desenvolvimento democrático da América Latina e as considerações acerca de cada indicador, vamos nos debruçar agora, sobre os dados quantitativos e suas implicações, destacadamente no caso do Brasil, que é nosso objeto de reflexão. Os dados do IDD-lat (2014) apontam que o Uruguai lidera o ranking do indicador perfazendo a pontuação máxima de 10.000 pontos; em segundo lugar temos o Chile com 8.523 e terceiro lugar é a da Costa Rica com 8.485. Conforme destaca o IDD-LAT (2014b, p.01):

O maior avanço no Uruguai se manifesta nas dimensões que medem Respeito aos direitos políticos e liberdades civis (Dimension I), qualidade das instituições e eficiência política (Dimension II) e exercer o poder eficaz de gerar políticas que garantir o bem-estar e eficiência econômica (Dimensões III e IV). Enquanto o Chile e Costa Rica têm o seu mais importante dimensão na qualidade institucional e política.

O gráfico abaixo retrata o índice de desenvolvimento democrático da América Latina – IDD- LAT, no período de 2014.



Fonte: IDD-LAT, 2014b.

O gráfico acima traduz o alto índice de desenvolvimento democrático liderado pelos mais de nove pontos do Uruguai, Chile e Costa Rica com mais de 8, seguidos da Argentina e Peru com mais de 6 e o , México com 5 como nível médio no IDD-

LAT.Com base nos dados verifica-se que apenas seis países, o que equivale 33% do total, conseguiram ficar acima da média regional histórica que é 4.946 pontos.

Conforme o estudo realizado, os resultados analisados de forma global apontaram que doze países apoiam o seu desenvolvimento democrático, embora a democracia não esteja completa tendo em vista a presença forte da desigualdade e a exclusão e ainda desejável qualidade das instituições e da garantia de respeito aos direitos e as liberdades. Destacam que o progresso socioeconômico tem que andar em sintonia com a liberdade e igualdade diante do sistema político, com respeito aos direitos e interesses de todos os cidadãos no âmbito das instituições, além do pleno respeito a divisão dos poderes estabelecidos em seus sistemas republicanos (IDD-LAT, 2014a)

No que concerne ao caso brasileiro, vemos que os dados de 2014 se mantêm abaixo da média regional, o que coloca o país na nona posição no ranking, fato que não é diferente nos anos anteriores. Analisando a partir das dimensões do índice temos as seguintes posições, na dimensão I, ficamos em nono com 5.165, na dimensão II ocupamos a décima sexta posição somando 2454 pontos, na dimensão III perfazemos 0,952 pontos o que nos confere a sexta posição e na dimensão IV totalizamos 0,322 pontos e estamos na décima primeira posição do ranking de dezoito países. Para que o país rompa com essa barreira que o coloca num patamar aquém dos países tidos com alto desenvolvimento democrático, faz-se necessário que trabalhe para:

Reforçar o respeito pelos direitos políticos e liberdades civis; Aumentar a luta contra a corrupção; Reforçar os mecanismos de prestação de contas; Melhorar as condições para o exercício da liberdade de imprensa; Fortalecer as instituições republicanas; Implementar políticas de emprego; Melhorar a alocação de recursos nas rubricas orçamentais nas áreas de saúde e educação; Aprofundar a Redução da Pobreza; Implementar medidas para o desenvolvimento econômico (IDD-LAT, 2014b,p.08).

Diante do exposto, concordamos com AMMANN, (1978) quando a autora coloca que a participação não é um objeto delimitado, acabado, estático e imóvel, ela se desenvolve de acordo com o tempo em que está inscrita, ao passo que se mover e se transforma continuamente. Destaca ainda, que:

Participação não tem razão de ser, para nós, como estratégia que visa legitimar e consolidar uma situação ou um sistema de dados, mas

objetiva a distribuição dos bens da sociedade, assumindo um caráter transformador dos mecanismos que mantem e/ou reproduzem as desigualdades sociais (AMMANN, 1978, p.25).

Corroborando com essa posição Demo (1996), ressalta que participação é conquista, e enquanto processo, se configura um constante vir a ser, e não deve ser entendida como dádiva, concessão ou algo pré-existente. Conforme nos atesta, o referido autor:

A participação não pode ser entendida como dádiva, porque não seria produto da conquista, nem realizaria o fenômeno fundamental da autopromoção; seria de todos os modos de uma participação tutelada e vigente na medida das boas graças do doador, que delimita o espaço permitido. Não pode ser entendida como concessão, porque não é fenômeno residual ou secundário da política social, mas um dos seus eixos fundamentais; seria apenas um expediente para obnubilar o caráter da conquista, ou de esconder, no lado dos dominantes, a necessidade de ceder. Não pode ser entendida como algo preexistente, porque o espaço de participação não cai do céu por descuido, nem é o passo primeiro (DEMO, 1996, p.18).

Dessa forma, a participação não seria ausência de poder, superação ou eliminação de poder, ela representa outra forma de poder, se reveste do direito que direito necessita de ser diuturnamente conquistado e não outorgado (DEMO, 1996; AMMANN, 1978).

No próximo capítulo discutiremos a participação social no âmbito da política de saúde, destacadamente seus mecanismos de controle social e seus principais avanços e desafios.

4 - DILEMAS E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE

4.1. Espaços do controle social no sistema de saúde brasileiro

Como já foi sinalizado do decorrer do trabalho, no Brasil o debate acerca da democratização das políticas sociais ganham relevo na década de 1980, com o ressurgimento dos movimentos sociais que passam a lutar pela redefinição das relações entre Estado e sociedade civil, consta desse período significativas vitórias no campo social, conforme destaca Raichelis (2009).

Este movimento põe em discussão não apenas o padrão histórico que tem caracterizado a realização das políticas sociais em nosso país, seletivo, fragmentado, excludente e setorizado, mas também a necessidade de democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais (RAICHELIS, 2009, p. 77).

Destacadamente a saúde nosso objeto de estudo, temos a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº8080/90 e nº 8.142/90, que além de regulamentar as determinações do texto constitucional, trazem os aspectos relacionados a organização e funcionamento do sistema único de saúde, bem como a descentralização das ações e serviços de saúde, os papéis e atribuições dos gestores nas esferas de governo e nos níveis de atenção á saúde. Consagram ainda, o financiamento da política e os seus respectivos critérios de repasses dos recursos para o âmbito estadual e municipal, além de orientar o controle social nas três esferas gestoras do SUS (BRASIL, 1991b).

Historicamente, o controle social esteve relacionado apenas ao controle do Estado e do empresariado sobre a população, dentro de uma perspectiva coercitiva, dominante. O termo escrito na Constituição de 1988 revela o controle social, enquanto participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. (BRAVO, 2012). No plano jurídico, o controle social na saúde foi regulamentado pela Lei nº 8.142/90 estabelece dois espaços para o exercício do controle social na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências correspondem a fóruns amplos, realizadas de quatro em quatro anos com a participação representantes da sociedade usuários do SUS, profissionais de saúde, representantes do governo, prestadores de serviços de saúde, e outros, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 1991b). “As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação das políticas e, portanto, influenciar as discussões travadas nos diversos conselhos” (BRAVO, 2009b, p.4).

No que diz respeito ao outro instrumento de participação da sociedade civil temos os Conselhos de Saúde que conforme preceitua (BRASIL, 2003) corresponde a um é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) presente em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Conforme assevera Raichelis (2009, p.83):

Os Conselhos são canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos e, principalmente, de construção de um processo continuado de interlocução pública. Por meio desta interlocução objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debate, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais.

Os conselhos surgem como um constructo institucional em contraponto tendência clientelista, patrimonialista e autoritária que perpassa a construção e desenvolvimento do estado brasileiro. Diante disso, os conselhos se propõem a modificar essa relação, vislumbra-se a partir destes a construção de esferas públicas autônomas, democráticas, transparentes no trato da gestão pública, de forma que os interesses particularistas e corporativistas sejam ultrapassados pelos interesses coletivos e suas reais demandas sociais (RAICHELIS, 2009).

4.2. Desafios para o controle social na saúde no âmbito dos conselhos

Dentro da perspectiva de descentralização da política de saúde, que corresponde a redistribuição de responsabilidade entre os três níveis de governo, os conselhos juntamente com os fundos e planos de saúde são requisitos legais para o repasse de recursos da esfera federal para as estaduais e municipais. Tendo em vista esses elementos muitos conselhos foram criados visando a mera formalização para garantia de recursos, se configurando em um canal de legitimação de estratégias manipuladoras da gestão em seus diversos níveis.

De acordo com Bravo (2009b), destaca que os conselhos estão na contramão do processo histórico conjuntural ao passo que vivenciamos uma conjuntura de desmobilização da participação social sendo evidente a minimização do papel do Estado frente às políticas sociais, como preconiza o neoliberalismo. Dessa forma, os conselhos podem contribuir para reforçar ações de desresponsabilização do Estado.

Em sintonia com essa tendência Correia (2009), destaca que a efetivação do controle social no campo dos Conselhos tem se mostrado limitada, em virtude da não transparência dos gestores, tanto no nível do fornecimento de informações da própria gestão, como na manipulação de dados epidemiológicos, é comum o uso de artifícios contábeis na administração dos recursos do fundo de saúde, forte estratégia nas escolhas dos conselheiros, forte relação de poder, com manipulação dos conselheiros de saúde na aprovação das propostas da gestão. Reforça ainda a autora que no tocante a participação

dos usuários, verifica-se a fragilidade política das entidades representadas, com ínfima organicidade entre representantes e representados, pela ausência de articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, forte corporativismo de cada conselheiro sendo recorrente a visão de defesa dos interesses ligados a sua entidade, além da fragilidade na divulgação e acesso às informações, seja pelo desconhecimento sobre seu papel e ou pela realidade da saúde na qual está inserido.

Corroborando com o exposto, Bravo (2012) trazem mais elementos para o debate quando se referem aos entraves para o pleno exercício do controle social na saúde no âmbito dos conselhos destacam como pontos dessa arena de tensões e disputas:

A concepção de democracia restrita ao aparelho do Estado (participação consentida); concepção dos conselhos como: espaços de consenso, espaços para controlar os conflitos; mecanismos de viabilização das ações do Estado com consentimento da população, parceria entre Estado e sociedade; populismo e cooptação dos conselhos pela burocracia do estado; fragmentação da questão social em múltiplos conselhos com a participação reduzida da sociedade (os mesmo sujeitos políticos participando de diversos conselhos); apropriação dos conselhos pelo gestor e perda de diálogo com a sociedade (BRAVO, 2012, p.64).

O fato é que na sociedade brasileira desde a sua formação sócio- histórica presencia-se uma manipulação dos fundos públicos sem esfera pública, ou seja, sem regras que privilegie e estejam em sintonia com as demandas dos setores sociais. No campo da política de saúde, o descompasso entre a efetivação do que está assegurado no aparato jurídico e o potencial desfinanciamento que acomete veemente esse bem público, que na atualidade tem encontrado na arena do judiciário espaço para sua concretização, através da judicialização.

4.3 O processo de judicialização da política de saúde no Brasil

Compreendendo as políticas públicas um conjunto de serviços e ações desenvolvidas no campo social, econômico, cultural e ambiental. Correspondem a materializações dos direitos humanos, sendo positivadas no ordenamento jurídico nacional, percebidas como os direitos fundamentais. Embora com conotação pública, essas incidem na ordem privada dos sujeitos (família, mercado, religião, renda, etc.). Sua efetivação e implementação envolvem decisões e ações que envolvem a alocação de recursos financeiros para sua garantia.

O Brasil por se configurar um Estado Democrático de Direito, que tem na Constituição Federal de 1988, seu o marco político, institucional e jurídico se baseia na ideia máxima de promoção e proteção dos direitos humanos. Diante do que assegura o texto constitucional tem se evidenciado o fenômeno da Judicialização das políticas públicas, sendo esse resultado da omissão do poder público em face dos direitos humanos fundamentais historicamente construídos e assegurados no ordenamento jurídico. A inefetividade, mal gestão bem como ausência de garantia desses direitos tem motivados o aumento das demandas judiciais. Conforme destacam Ventura et al. (2010)

como o Estado, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário, deve proteger as pessoas dos riscos das novidades oferecidas pelo "mercado de saúde", que, não raramente, cria "necessidades" para "vender" soluções. E, ao mesmo tempo, fazer cumprir com seu dever de assistência, promovendo o acesso aos avanços biotecnocientíficos que de fato podem ser benéficos ao processo terapêutico e ao bem-estar das pessoas, de forma igualitária e sem discriminação de qualquer espécie (VENTURA et al, 2010, p.83).

Em face disso o poder judiciário neste tem se configurado como um instrumento de resgate dos direitos constitucionalmente consagrados. Dessa forma, o processo de Judicialização das políticas públicas tem forçado os gestores a oferecerem essas prestações materiais, tendo em vista que os direitos fundamentais guardam princípios como os da eficácia e da aplicabilidade imediata, são tidos também como cláusulas pétreas o que impedem o retrocesso, além de serem meios de efetivação da dignidade humana. Diante dessas preceituações, o aparato jurídico entende que a limitação orçamentária não justifica a negação do direito a saúde, devendo haver nessas circunstâncias realocação de recursos e definição de prioridades. Dentro dessa perspectiva adverte o manual de direito sanitário Brasil (2006):

O direito à saúde, como direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do direito à saúde. Ao mesmo tempo, a saúde também possui diversas características que lhe oferecem contornos de direito subjetivo público. O direito à saúde pode ser também considerado um direito subjetivo público (faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado), na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação no Poder Judiciário para exigir do Estado ou

de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde (BRASIL, 2006, p. 50).

O processo de Judicialização no Brasil tem se configurado como uma via para a efetivação dos direitos sociais “sendo considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e o direito vivido” (VENTURA et al. 2010, p. 85). Tendo em vista que a população encontram no Poder Judiciário o instrumento de validação desse direito, ao passo que responsabiliza a gestão pública pela má prestação ou omissão, fazendo-a cumprir o que o que versa na legislação. No que concerne as principais demandas estão atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames, procedimentos cirúrgicos, enfim uma gama de serviços indispensáveis para efetivação do direito à saúde. Conforme dados concernentes a demandas judiciais e suas despesas no Brasil, Os dados apresentados por Nublat (2012) revelam:

Tabela 1: Demandas judiciais



Fonte: Nublat - 2012

Os dados acima só reforçam as problemáticas de acesso que atravessam o sistema único de saúde, o que por sua vez, evidencia a fragilidade da sua gestão e desenvolvimento devendo sempre ser analisada dentro de um contexto mais amplo, tendo em vista os rebatimentos que os condicionantes econômicos, políticos, sociais e culturais traz para dentro da política de saúde brasileira.

4.4. O direito à informação e o controle social

O direito à informação pública compreende um direito humano fundamental, indispensável para o processo democrático, consubstanciando também em uma via para o fortalecimento da cidadania tendo vista o controle da gestão pública pela sociedade.

O marco brasileiro nesse campo corresponde a promulgação da Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, a lei estabelece uma mudança de paradigma no cenário da transparência pública brasileira, ao passo que define o acesso como regra e o sigilo como exceção.

O direito a informação concebido enquanto bem público, vem sendo construído e assegurado internacionalmente através de diversas convenções e tratados assinados pelo Brasil. Vejamos como preceitua no plano internacional a garantia desse direito. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 19 :“Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras” (UNESCO, 2014).

No que concerne a Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção, ratificada pelo Brasil, esta versa no tocante ao direito a informação em seu artigo 10 que:

Tendo em conta a necessidade de combater a corrupção, cada Estado Parte, em conformidade com os princípios fundamentais de sua legislação interna, adotará medidas que sejam necessárias para aumentar a transparência em sua administração pública, inclusive no relativo a sua organização, funcionamento e processos de adoção de decisões, quando proceder. (CGU, 2008, p.30)

Destaca ainda em seu artigo 13, que o Estado deve promover a participação ativa das pessoas e grupos que não estejam ligados na gestão do setor público, de forma que contribuam na prevenção e na luta contra a corrupção (CGU, 2008).

Ainda no plano internacional, a Declaração de Princípios sobre Liberdade de Expressão destaca que em seus princípios que o acesso a informação é um direito fundamental do indivíduo e os Estados tem a obrigação de garantir o pleno exercício desse direito.

Ressalta ainda o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos em seu artigo 19, inciso 2º, que toda pessoa, independente das fronteiras tem direito à liberdade de expressão; o que inclui a liberdade de procurar, receber e difundir informações e ideias de qualquer natureza.

No ordenamento nacional, a nossa Constituição de 1988, traz em seu capítulo I, que versa sobre os Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, destacadamente o inciso XXXIII do artigo 5 que:

Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. (BRASIL, 1988)

A Lei 12.527/11 vem regulamentar o que dispõe o texto constitucional quando consolida e define que o acesso à informação pública está sob guarda do Estado em nome da sociedade deve estabelecer procedimentos para que a administração pública responda aos pedidos de informação do cidadão, bem como assegura que o acesso à informação pública é a regra, e o sigilo, a exceção. Dessa forma, a informação produzida, guardada, organizada ou gerenciada pelo Estado é considerada um bem público (CGU, 2011). Devendo ser restringida apenas em casos específicos, de acordo com a sua classificação, sendo pela respectiva lei dividida em ultrassecreta, secreta ou reservada, o que não impede o seu acesso com o decorrer dos anos, a ultrassecreta: 25 (vinte e cinco) anos; a secreta: 15 (quinze) anos; e a reservada: 5 (cinco) anos (BRASIL, 2011).

A classificação do sigilo de informações no âmbito da administração pública federal é de competência, segundo o artigo 27 da citada lei, no grau de ultrassecreto, do Presidente da República; Vice-Presidente da República; Ministros de Estado e autoridades com as mesmas prerrogativas; Comandantes da Marinha, do Exército e da Aeronáutica; e Chefes de Missões Diplomáticas e Consulares permanentes no exterior. No grau secreto temos a competência das autarquias, fundações ou empresas públicas e sociedades de economia mista. No grau reservado, temos as autoridades supracitadas, mais as que exerçam funções de direção, comando ou chefia, nível DAS 101.5, ou superior, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores, ou de hierarquia equivalente, de acordo com regulamentação específica de cada órgão ou entidade (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, evidencia-se o nível de importância que a lei de acesso a informação traz para o fortalecimento controle social, tendo em vista que a sociedade de posse das informações públicas tem possibilidade de ampliação no processo decisório da gestão pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, compreendemos que os Conselhos de Saúde não tem se configurado como canal democrático dentro da relação entre Estado e Sociedade civil, ainda vigoram práticas que caminham para rotinização, manipulação política e burocratização em seu funcionamento. Seu caráter fiscalizador, deliberativo e de decisão compartilhada tem sido fragilizado e tensionado pelas decisões unilaterais das gestões, o que por sua vez, não representa as reais demandas da coletividade.

Como adverte Raichelis (2009) é presente em todos os níveis de gestão, a sonegação de informações, a escolha de representantes sem um processo eleitoral democrático, havendo cooptação dos conselheiros sendo recorrentes as presidências impostas.

O fato é que esses espaços de participação social enquanto, instrumento de interlocução e diálogo, arena de construção de propostas e vocalizador dos interesses e reivindicações da sociedade tem se mostrado como locus de poder da gestão, muitas das vezes sem transparência e democratização das informações e com frágil representatividade e participação social.

É oportuno rememorar que esses mecanismos de controle democráticos criados a partir da Constituição de 1988 e implementados na década de 90 com as leis orgânicas de saúde vão sofrer os embates da ideologia neoliberal que se instala no Brasil a partir dessa década, preconizando essa, a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte das políticas de previdência, educação e destacadamente a de saúde, com indução do acesso a saúde pela via privada, através de ampliação dessa rede de serviços, acenando para privatização e terceirização dos serviços de saúde, diante desse cenário político e econômico que prega a desresponsabilização do Estado frente às questões sociais incidirá fortemente na despolitização dos interesses coletivos dentro da esfera pública, o que por sua vez acarreta a debilidade dos espaços de representação coletiva e controle social.

Diante desse cenário de regressão de direitos e fragilidade na gestão democrática das políticas sociais, urge o desafio de qualificar essa representação com ampliação dessa participação, para tanto Bravo (2012), destaca como estratégias:

Democratização das informações relativas a saúde; Realização de encontros populares de saúde e ou pré - conferências; Rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde e ou Fóruns Populares de Políticas Sociais; Implantação ou rearticulação dos Conselhos Gestores de Unidades; Mobilização das entidades dos profissionais de saúde para participarem dos conselhos; Elaboração dos planos de saúde com a participação dos sujeitos sociais; Mobilização e ou iniciativas para modificar a composição dos Conselhos não paritários; Articulação entre conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores de saúde e capacitação dos conselheiros na perspectiva crítica e propositiva (BRAVO, 2012, p. 65).

A verdade é que esse retrocesso histórico no acesso aos serviços de saúde implicará como já foi mencionado na sua crescente judicialização, o que podemos ver que carregam questões que extrapolam o espaço jurídico, envolvem fatores de ordem econômica, financeira, gestão e participação social, sem o exame dessa densa totalidade de determinantes não é possível compreender como, atualmente se efetiva o direito fundamental á saúde no Brasil.

A participação social é indispensável para legitimação das demandas coletivas, torna-se cada vez mais imprescindível que os sujeitos sociais se apropriem desses espaços de participação direta e contribuam na construção desses instrumentos do planejamento orçamentário como LOA, PPA, LDO, bem como seu monitoramento, implementação e fiscalização. “Participação não para discutir o planejamento com técnicos, mas para beneficiar-se do planejamento programado em razão de sua força no contexto de poder” (GOHN, 2011, p.57).

Como bem preceitua Bobbio (1992), “o problema dos direitos, na atualidade não é justificá-los, mas de protegê-los”. A via para concretização desses direitos reside na ampliação da participação democrática, de forma que pressione o Estado para que forneça os meios de respeitar, proteger e promover a viabilização desses direitos historicamente construídos.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. P.; LAGO, L. A. C. **A economia brasileira no Império, 1822–1889**. Texto para discussão n. 584, Rio de Janeiro, PUC-Rio, Departamento de Economia, nov. 2010. Disponível em: <http://www.econ.puc-rio.br/uploads/adm/trabalhos/files/td585.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2014.

ALVES, F. D. O conceito de soberania: Do estado moderno até a atualidade. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 83, Ano. XIII, dez. 2010. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8786. Acessado em: 21 de janeiro de 2015.

AMMANN, S. B. **Participação Social**. 2. ed. Ver. E Ampl. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.

BRASIL, **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**, Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção**. Presidência, Controladoria-Geral da União – 1º Edição – Brasília: CGU, 2008. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/articulacao-internacional/convencao-da-onu/arquivos/cartilha-onu> . Acesso em: 18 de abril de 2015.

_____. **Lei nº 9.709, de 18 de novembro de 1998**. Regulamenta a execução do disposto nos incisos I, II e III do art. 14 da Constituição Federal.

_____. **Instrução Normativa nº. 16, de 20.12.91**. Departamento do Tesouro Nacional - DTN – define conceitos, diretrizes e estabelece as Normas de Auditoria do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo.

_____. **Lei de responsabilidade fiscal. Brasília**. Brasília: Saraiva, 2000.

_____. **Lei de acesso a informação nº 12.527/2011**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/12527.htm .Acessado em: 18 de abril de 2015.

_____. **Lei de licitações nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm . Acessado em 13 de março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n.º8080 de 19 de setembro de 1990 – Brasília, 1991a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n.º8142 de 28 de dezembro de 1990 – Brasília, 1991b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Revogada as Resoluções 33/1992 e a de n.º 319/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BATTOCHIO, Mariana. A Constituição Federal, princípios e valores informadores do estado democrático de direito e dignidade da pessoa humana como parâmetro de interpretação jurídica. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, jan. 2014.

Disponível em: <

http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14221. Acesso em : 12 de fevereiro de 2015.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB, 2000.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009a.

_____. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: CFESS-ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Cfess/Abepss, 2009b.

_____. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara, A. P. (Org.). **Política Social e Democracia**. 5ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BELTRÃO, T.; VIDIGAL, F. Constituição: apesar das dificuldades, projetos de iniciativa popular ganham fôlego. **Agência do Senado**, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/10/25/constituicao-apesar-das-dificuldades-projetos-de-iniciativa-popular-ganham-folego> . Acesso em: 22 de março de 2015.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Política Social no Capitalismo Tardio**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BECHELLI, A. S. Soberania popular e a limitação injustificada quanto à iniciativa nos projetos de Emendas Constitucionais. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, ago. 2014. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.49366&seo=1> Acesso em: 04 fev. 2015.

Borges, F. T. M.; CHADAREVIA, P. C.; **Economia brasileira** – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 9 ed. Trad. Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 10 ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2000.

COELHO, R. C. **Estado, governo e mercado**. Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2009.

CGU, Controladoria Geral da União. **Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. CGU, Brasília, 2010.

_____. **Acesso à Informação Pública: uma introdução à Lei n. 12527, de 18 de novembro de 2011**. Brasília: CGU.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde : fundamentos e diretrizes do SUS** – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

COHN, A. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2005.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A Saúde como direito e como serviço**. São Paulo; Cortez; 1999.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CONOF/CD. **A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Nota Técnica nº 012, de 2013. Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel> . Acesso em 30 de novembro de 2014.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Controle Social Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Coleção Olho Vivo, Brasília, 2010.

DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 22ª ed., SP: Saraiva, 1998.

Declaração de Princípios sobre Liberdade de Expressão. 2000. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/principiosLE.pdf> . Acessado em: 18 de abril de 2015.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf . Acessado em: 18 de abril de 2015.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DEPARTAMENTO DE TESOUREIRO NACIONAL. Instrução Normativa nº 16: 20-12-91.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **Revista São Paulo em Perspectiva**. vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IDD-LAT. Índice de Desarrollo Democrático de América Latina. **Folha de indicadores que compõem o índice de Desenvolvimento da Democracia na América Latina**. 2014a. Disponível em: http://www.idd-lat.org/2014/cuestiones_metodologicas/8/index.html . Acesso em: 12 de janeiro de 2015.

IDD-LAT. Índice de Desarrollo Democrático de América Latina. **Resultados do desenvolvimento democrático Regional**. 2014b. Disponível em: <http://www.idd-lat.org/2014/informes/129/resultados-del-desarrollo-democrtico-regional.html>. Acesso em: 12 de janeiro de 2015.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. In ABEPSS/CFESS/CEAD-UnB, Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 2. Brasília, 2000.

PIOLA, SF., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado. In: _____ (Org). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LEITE JÚNIOR, A. D. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista. Katálisys**. Florianópolis v. 10 n. esp, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>>. Acesso em: 24 março de 2015.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C. F. (Orgs). 2. ed. rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2015.

MELLO, C. A. B. **Curso de Direito Administrativo**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan/mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2014.

MOGNATTI, M. C. F. **A Efetividade dos Instrumentos de Transparência Previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2005. 49 f. Dissertação (Graduação em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação - FACE, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

NETO, J.C.M. **Tecendo a manhã**. Disponível em: <http://www.recantodasletras.com.br/teorialiteraria/2080760> . Acessado em: 19 de abril de 2015.

NETO, F. C. B.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, L. et al. (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NUBLAT, J. SUS tem despesa recorde em ações judiciais. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 12 de dezembro de 2012. Cotidiano. Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1199942-sus-tem-despesa-recordecom-acoes-judiciais.shtml>>. Acessado em: 12 de março de 2014.

OLIVO, L.; CANCELIER. C. **Licitações, contratos e convênios** / Luis Carlos Cancelier de Olivo. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas: edição de 2012. **Panorama regional e perfis de países**. Washington, DC: OPAS, 2012.

Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos. 1966. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20Direitos%20Civis%20e%20Pol%C3%ADticos.pdf>. Acessado em: 18 de abril de 2015.

PAIM J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [tese]. Salvador (Ba): Universidade Federal da Bahia; 2007.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J.S.et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Philadelphia – EUA, n.1, p. 11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural – textos de apoio. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. . Acesso em: 02 de setembro de 2014.

RAICHELIS. R.. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a Ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

RIBEIRO, J. F. **Soberania popular**. Brasília, 2009. Disponível em: www.bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../soberania_popular_ribeiro.pdf? . Acesso em: 02 de setembro de 2014.

SALLES, H. M. **Gestão democrática e participativa** / Helena da Motta Salles. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.

SANTOS, M. P.G. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SANTOS, R. C. **Plano plurianual e orçamento público** / Rita de Cássia Santos. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F.; **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. Referendo de 2005. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/plebiscitos-e-referendos/referendo-2005> . Acesso em: 10 de dezembro de 2014.

VAZ. V. C. 50 anos da primeira consulta popular nacional realizada no Brasil. **Revista Eletrônica EJE**, n. 2, ano. 3. Fev/mar, 2013. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/institucional/escola-judiciaria-eleitoral/revistas-da-eje/artigos/revista-eletronica-eje-n.-2-ano-3/50-anos-da-primeira-consulta-popular-nacional-realizada-no-brasil> . Acesso em: 21 de março de 2015.

VENTURA. M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde . **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 20. n. 1, Rio de Janeiro , 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a06v20n1.pdf> . Acessado em: 18 de abril de 2015.