



## Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS

*Thirty years of the Federal Constitution and popular participation in the Unified Health System (SUS)*

**Andréia de OLIVEIRA\***  
**Tania Regina KRÜGER\*\***

**Resumo:** Este artigo, de cunho descritivo, desenvolvido por meio de estudo bibliográfico e documental, busca entender as bases teórico-políticas da participação em saúde, após a Constituição Federal do Brasil de 1988, e os desafios do processo de desconstitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Desnaturalizar o sentido da participação popular nas políticas sociais, cunhada em políticas neoliberais; debater sobre suas possibilidades e seus limites nos espaços institucionalizados; demonstrar a participação popular no SUS via Conselhos e Conferências de Saúde, seu potencial de interferência na política pública e reprodução da cultura política, nos 30 anos da Constituição. E, na conjuntura regressiva potencializada no país após 2016, destacar as ameaças ao SUS, a desconsideração do poder governante às resistências dos Conselhos e a relevância da participação popular.

**Palavras-chave:** Participação. Conselhos de Saúde. Conferências de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

**Abstract:** This paper seeks to understand the theoretical and political bases of participation in health, after the promulgation of the Federal Constitution of Brazil of 1988, and the challenges created by the process of the deconstitutionalization of the Unified Health System (SUS). The article, of a descriptive nature, was developed through a bibliographical and documentary study. It denaturalizes the sense of popular participation in social policies, coined in neoliberal policies, and discusses the possibilities and limits of this participation in institutionalized spaces. It focuses on popular participation in SUS, during the thirty years of the Constitution, within the framework of Health Councils and Conferences, and aims to demonstrate the potential of interference of these players in public policy and in the reproduction of political culture. In a regressive conjuncture that has been potentialized in the country since 2016, the threats to SUS, the lack of consideration of the governing power to the resistances of the National Health Council and the relevance of popular participation in this scenario stand out.

**Keywords:** Participation. Health Councils. Health Conferences. Unified Health System (SUS).

*Submetido em: 28/12/2017. Revisado em: 19/2/2018. Aceito em: 5/3/2018.*

\* Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente Adjunta do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB, Brasília (DF), Brasil). Campus Universitário Darcy Ribeiro | Universidade de Brasília-UnB | Departamento de Serviço Social - SER - ICC Norte CEP 70910-900 Brasília (DF). E-mail: [andreaoliveiras@gmail.com](mailto:andreaoliveiras@gmail.com). ORC ID: <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X>.

\*\* Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente Associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Florianópolis (SC), Brasil). Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/no., Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, CEP 88040-900. E-mail: [tania.kruger@ufsc.br](mailto:tania.kruger@ufsc.br). ORC ID: <https://orcid.org/0000-0002-7122-6088>.



## INTRODUÇÃO

**E**m outubro de 2018, a Constituição do Brasil de 1988 completará 30 anos (BRASIL, 1988), em uma conjuntura na qual o país confronta-se com um retrocesso sem precedentes nos âmbitos executivo, legislativo e judiciário, resultante do esfacelamento da garantia dos direitos de cidadania relacionado ao ajuste ao econômico, fiscal e social da crise.

A Constituição de 1988 reconheceu direitos sociais inéditos no Brasil, particularmente no campo da Seguridade Social, organizados como um sistema híbrido (BOSCHETTI, 2009), ao conjugar direitos derivados do trabalho (previdência), direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência). Faleiros (2000) reconhece os avanços obtidos pela Constituição de 1988 no campo dos direitos sociais, porém destaca seu caráter liberal-democrático-universalista da ao expressar as contradições da sociedade brasileira, no sentido de fazer conviver as políticas estatais com as de mercado.

No tocante à área da saúde, objeto deste estudo, a Constituição contemplou proposições do Movimento Sanitário, reconhecendo o direito universal à saúde, a criação de um Sistema Único de Saúde, e um conjunto de princípios fundamentados em valores como universalidade, igualdade de acesso, integralidade, hierarquização e participação da comunidade. O componente jurídico-legal do SUS completou-se com a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990c), sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços; e com a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990a)<sup>1</sup>, de participação da comunidade na gestão do SUS, mediante duas instâncias colegiadas nas três esferas de governo: Conselho de Saúde e Conferência de Saúde Conselho de Saúde.

A Constituição e a posterior regulamentação dos direitos sociais, sem ferir a condição de país capitalista subordinado, resultaram do embate de diferentes forças políticas e sociais, ora mais progressistas, ora mais conservadoras. A Carta Constitucional representou, então, uma modernização para as políticas sociais, vinculadas à democracia popular, pois os direitos reconhecidos pautam-se pela diretriz de participação da sociedade que passa a se constituir como um direito social<sup>2</sup>. A participação caracteriza-se, assim, como um fundamento das políticas sociais, ao possibilitar a inclusão da sociedade nas decisões, avaliações e fiscalizações de tais políticas, por meio dos canais deliberativos, avaliativos e propositivos.

Entretanto, os avanços nas prerrogativas democráticas estiveram dissociados de mecanismos de participação nas arenas de decisão da política econômica, uma vez que foi mantido o po-

---

<sup>1</sup> Essa lei dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde (BRASIL, 1990a). Foi sancionada três meses após a regulamentação do SUS (Lei 8.080/1990), dada a reação social e da Frente Parlamentar da Saúde aos vetos do ex-presidente Collor dirigidos aos artigos sobre o financiamento e a participação da comunidade. Os vetos e as razões da Presidência da República podem ser consultados na Mensagem de Veto nº 680/1990 (BRASIL, 1990b).

<sup>2</sup> Conforme a Constituição de 1988, artigo 6, os direitos sociais são: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. A participação da sociedade está prevista nos direitos que dizem respeito à saúde (art. 196 a 200), à assistência social (art. 203 e 204), à seguridade social (art. 194); ao ensino público (art. 206); ao acesso à cultura (art. 215); à assistência integral à saúde de crianças e adolescentes (art. 227), dentre outros (BRASIL, 1988).

der de apropriação do capital com relação à renda e à riqueza socialmente produzida. Perpetuou-se a dramática desigualdade social brasileira, de raízes alicerçadas em uma formação social hierarquizada, iníqua e na constância do racismo. E, nesses aspectos, nossa sociedade pouco ou nada avançou com a Constituição Federal de 1988.

Não foi por acaso que, a partir de 1990, ao mesmo tempo em que ocorreram avanços no âmbito legal do SUS, o Estado brasileiro, com ênfases relativamente diferentes nos governos FHC, Lula e Dilma<sup>3</sup>, mas sem se deslocar das raízes neoliberais, foi se caracterizando pela inviabilização, desfinanciamento e desconstitucionalização do sistema de saúde, ainda não consolidado. Sob orientação neoliberal, as políticas sociais e de saúde passam a ser centrais no campo do mercado e da geração de lucros para o capital (LAURELL, 2017) e, 30 anos após a Constituição, encontram-se na contramão das propostas da Reforma Sanitária e dos pressupostos constitucionais do SUS.

Esse quadro conjuntural marca um campo de disputa permanente pelo direito à saúde universal, estatal e de qualidade, acirrado a partir de 2016, com as políticas de austeridade fiscal, adotadas pelo governo de Michel Temer (2016–). As tendências de tais medidas caminham são dizimar as parcas conquistas alcançadas nesses 30 anos de Constituição, com o risco de levar o sistema público de saúde a incorrer em inevitável colapso.

A partir dessas perspectivas, as autoras do artigo buscam compreender as bases teórico-políticas da participação em saúde, a partir da Constituição de 1988, e os desafios presentes no processo de desconstitucionalização do SUS.

Para interpretar estas três décadas de participação no SUS, sem se descolar das determinações histórico-conjunturais, a produção apresentada, de natureza descritiva e exploratória, desenvolveu-se por meio de revisão bibliográfica e documental, somada à sistematização de experiências, pesquisas e participação em Conselhos e Conferências de Saúde<sup>4</sup>. A pesquisa bibliográfica constou de consulta em periódicos e literatura reconhecida na área. A pesquisa documental realizou-se por meio de estudo do marco legal e institucional, armazenados em acervos eletrônicos.

Estruturou-se o texto em três itens: as reflexões sobre o significado da participação; a participação social nos 30 anos da Constituição de 1988 e os espaços institucionalizados de participação no SUS, para evidenciar as potencialidades e contradições dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

## **1 A PARTICIPAÇÃO: SENTIDO E INTENCIONALIDADE**

---

<sup>3</sup> Fernando Henrique Cardoso (1995-2003); Luis Inácio Lula da Silva (2003-2011); Dilma Rousseff (2011-2016).

<sup>4</sup> As autoras têm experiências como conselheiras de saúde, em Conselhos de Saúde Municipal, Estadual e Nacional, em cidades de Santa Catarina, Pernambuco e Distrito Federal. Igualmente em Conferências de Saúde nas três esferas de governo como participantes, palestrantes e relatoras. Como docentes, possuem trajetória de pesquisas e publicações no tema.

No debate de diferentes correntes teóricas e políticas e nos discursos que envolvem os setores público privado, o conceito de participação tem sido presente e valorizado. Porém, o sentido do uso do termo e sua intencionalidade e materialidade não se desvelam facilmente. Devido à utilização generalizada e repetições estereis e, em decorrência da imagem positiva (quase afetiva) que o termo vem conotando nas nações ocidentais, desde a década de 1960, a aplicação prática pouco específica desse conceito vem se tornando imprecisa. Como resultado, em vez de a existência de sujeitos históricos em processo de participação e transformação, transparece um suposto fluxo natural de participação e pertencimento, a sugerir um comportamento de adesão *participativista* involuntária.

A conceituação científica e a análise política do termo vêm sendo objeto de inúmeros estudos e debates acadêmico-científicos e institucionais. Na saúde, o sentido da participação vem sendo debatido em pesquisas, desde as últimas duas décadas do século XX, e algumas análises foram destacadas a seguir, em função do conteúdo relativo ao tema das bases teórico-políticas da participação em saúde.

Em estudo sobre a produção acadêmica e as experiências de Conselhos e Conferências de Saúde do país, realizado com base em 99 artigos científicos publicados no período 1990-2005, Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) destacam a *avassaladora incorporação* do conceito de participação ao universo da saúde. As autoras sintetizam três conceitos gerais de participação social na interpretação preliminar dos artigos analisados: a) participação como estímulo à ampliação da cidadania; b) participação como forma de democratização do Estado e da sociedade; c) perspectiva instrumental da participação comunitária e do autocuidado, sob a influência da Conferência de Alma Ata de 1978, relativos à medicina comunitária, na qual a responsabilidade é dividida entre famílias, comunidade e Estado. Os Conselhos de Saúde do país estariam, no geral, mais conexos à modalidade de participação voltada à democratização do Estado e da sociedade.

Gohn (2011) realizou pesquisa sobre movimentos sociais na América Latina e no Brasil no século XXI. Os movimentos sociais da década de 1980 foram de perfil fortemente reivindicativo, militante e participativo; o associativismo civil, típico da década de 1990, teve ênfase em prestação de serviços, planejamento estratégico e parceria com Estado e empresas. A autora observa um quadro contraditório nos movimentos sociais, com desafios a enfrentar: de um lado, a busca inserção dos excluídos com políticas sociais compensatórias; de outro, a busca de transformação da sociedade, por meio de cidadania, justiça e igualdade. Os Conselhos Gestores, segundo a autora, criam uma nova institucionalidade pública: propiciam a participação da sociedade na elaboração de políticas sociais, a ampliação do espaço decisório da sociedade e o compromisso com a construção de um espaço público, oposto ao modelo neoliberal de exclusão.

A participação social nas políticas públicas de saúde, após a Constituição de 1988, por meio dos Conselhos de Saúde do SUS, foi analisada por Cohn e Bujdoso (2015). As autoras debatem vários temas relativos à natureza da participação social em saúde e destacam dois projetos políticos em disputa na implantação do SUS: o projeto neoliberal de esfacelamento dos direitos sociais; e o projeto de construção de direitos sociais, ditado pela Constituição de 1988. Embora a relação Estado-sociedade seja intermediada pelo mercado de serviços de sa-

úde, as autoras defendem a saúde como bem público, que deve ser democraticamente atingido, para além dos serviços e da cobertura assistencial.

Ao analisar as atuais mudanças nas formas de participação, traduzidas, por exemplo, em manifestações de rua, Escorel e Arouca (2016) instigam a reflexão sobre possíveis limites da participação institucionalizada. Para haver avanços, as autoras defendem um complemento dos canais tradicionais de participação dos cidadãos na política, por meio da incorporação de outras estratégias de envolvimento. Afirmam a democracia como um processo infundável, a requerer o aprimoramento constante das formas de participar: direta, representativa, em conselhos, manifestações, campanhas, redes e ruas.

Procurando aproximar-se do sentido de que participação se trata, destaca-se uma análise de Maricato (2012) por meio do texto *Nunca fomos tão Participativos*. Nela, a autora considera existir um universo participativo e convida a fazer reflexões:

[...] que extravasem cada pequeno mundinho que ferve de tanta atividade participativa, mas que, no entanto, não tem praticamente efeito sobre o capitalismo global ou até nacional. [...] Do Banco Mundial, passando pelo Banco Itaú e um número incontável de ONGs, a participação democrática está em todas as agendas envolvendo, de preferência, também os pobres da periferia (MARICATO, 2012, p. 89).

A autora afirma que os dirigentes do Banco Mundial colocam-se como defensores da participação democrática, contudo, a possibilidade de debater temas estruturais é longínqua, não apenas para o Bird, mas também para a maior parte dos movimentos sociais e ONGs em multiplicação no Brasil e no mundo, guiados pela hegemonia do *participativismo*. É evidente, que esses movimentos estão ocupados com questões relevantes: gênero, raça, meio ambiente, saneamento, habitação e outros. Entretanto, a visão prevalecente do participativismo leva os movimentos e as organizações sociais à busca de melhores condições de vida, contidas nos limites de um horizonte restrito, o que compõe um cenário fragmentado, no qual a parte é tomada pelo todo, sem tratar do presente ou do futuro do capitalismo (MARICATO, 2012).

O texto de Dantas (2014), intitulado *Todos pela participação*, evidencia que a história da participação democrática dos trabalhadores tem se configurado, a um só tempo, como conquista e enquadramento no jogo da dominação de classe. Para o autor, as estratégias da classe dominante têm anulado, historicamente, o potencial das palavras de ordem e das bandeiras políticas dos trabalhadores, tornando-as inócuas e obscurecendo a natureza do conflito. Nos anos 2000, a ampliação do entendimento sobre a participação tem romantizado a sociedade civil, porém sem colocar em xeque as consequências econômicas da dominação capitalista, fato que contribui para a despolitização da luta de classes. Toda e qualquer participação que se contentar somente com o *local*, e não com o *central*, corre o risco de ser capturada pela ideologia burguesa, ao ter seu potencial de luta de classes diluído na prática participativa isolada e apequenada, tornando-se, contraditoriamente, bandeira universal, posto que inofensiva à sociedade do capital.

Apesar da concordância essencial com as análises relatadas, cabe destacar o tema da participação social no decorrer dos 30 anos pós-Constituição, na cultura política da sociedade brasileira e na criação de instituições participativas. É necessário deixar claro o conceito de participação popular requerido nas políticas públicas, para a gestão pública e estatal dos serviços sociais, como a saúde. A formação social brasileira é historicamente subordinada ao capital monopolista internacional e a soberania forjou-se na *revolução pelo alto*, fatos que legaram a não afirmação dos institutos democráticos favoráveis aos direitos sociais e a participação popular nos serviços públicos. A conquista dos direitos políticos e sociais é muito recente no Brasil e a legislação de 1988 representou uma modernização política formal, vinculada à democracia popular e participativa. O reconhecimento de direitos sociais possibilitou a inserção da participação deliberativa e fiscalizadora da sociedade. Esta participação vem se materializando institucionalmente como uma espécie de acomodação da democracia formal, por meio dos Conselhos e das Conferências de direitos e políticas, nos diversos temas das políticas públicas, nas três esferas de governo.

Contudo, essa possibilidade jurídico-formal da participação nas políticas sociais tem promovido a socialização da política, mas não a socialização do poder de decisão político (NETTO, 1990), e, tampouco, uma apropriação social das estruturas de poder dos governos e do Estado (COUTINHO, 2008). A participação institucional nesses 30 anos não promoveu socialização do poder de decisão político e nem a apropriação social das estruturas de poder dos governos, que podem se materializar em participação em escolhas de cargos políticos; definição e prioridade dos instrumentos de gestão; critérios de divisão orçamentária entre esferas de governo e fontes de financiamento.

Por serem fundamentais à luta da classe trabalhadora, as contradições e os limites dos espaços de participação popular na sociedade capitalista são evidenciados na presente discussão. A igualdade jurídica dada pela Constituição e os espaços de socialização da política são essencialmente limitados pela estrutura econômico-social. Todavia, se a luta pela igualdade e estes espaços de participação emergirem, vinculados à radicalidade da democracia popular, e não se apequenarem as pautas setoriais, existirão possibilidades de generalizar e intensificar o reconhecimento dos direitos. Não se trata de uma luta subalternizante e de naturalização da desigualdade, bem ao gosto da ideologia liberal, predominante nesse mundo participacionista. Nesse emaranhado de contradições e potencialidades cabem algumas interrogações: como pode haver, nos espaços colegiados de participação, a mesma concepção de liberdade, de igualdade e de direitos sociais entre trabalhadores da construção civil, pequenos agricultores, indígenas, negros, empresários e voluntários? De que maneira estes diferentes sujeitos sociais podem fazer pactos e tomar decisões por consenso? Estes possuem a mesma concepção e as mesmas necessidades de saúde?

Desse modo, os espaços de participação popular devem ser compreendidos como instâncias contraditórias, nas quais as vontades das classes expressam as diferenças sociais, contudo estão abertas à construção da história, e não apenas à legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade. No caso dos Conselhos e das Conferências de Saúde do SUS, igualmente espaços contraditórios em decorrência de sua correlação de forças e composição social, os defensores da radicalização da democracia de base popular não podem abrir mão dos fundamentos estruturantes deste sistema de saúde: o conceito ampliado de

saúde; a determinação social da saúde e da doença; a gestão pública estatal, seus objetivos, princípios e competências.

### 3 OS ESPAÇOS INSTITUCIONALIZADOS DE PARTICIPAÇÃO NO SUS: OS CONSELHOS E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

O sistema público de saúde brasileiro compreende a saúde como uma questão de natureza socioeconômica e política, a ser abordada no espaço público da sociedade, mediada por participação e controle social dos sujeitos sociais, e não como um tema de cunho exclusivamente biológico-curativo a ser equacionado pelos serviços médicos (PAIM et al., 2011). O SUS, no texto constitucional, endossa algumas propostas fundantes da cidadania e democracia moderna. O princípio da participação da comunidade, na qual os cidadãos influenciam na definição e na execução da política de saúde, foi institucionalizado em dois colegiados: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, organizados nas três esferas de governo.

Os Conselhos de Saúde, também caracterizados como instância de controle social<sup>5</sup>, são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo e sua organização é comumente estruturada com reuniões mensais<sup>6</sup>. Sua composição é paritária, com representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos gestores públicos da saúde e dos prestadores privados de serviços de saúde. As Conferências de Saúde são convocadas periodicamente, com o propósito de avaliar e indicar proposições relacionadas à formulação da política.

Em relação à aferição do número de Conselhos de Saúde e de conselheiros existentes no país, aos 4.657 conselhos estaduais e municipais, com informações autodeclaradas e atualizadas em novembro de 2017, somaram-se 61.234 conselheiros de saúde titulares no país<sup>7</sup>. Além do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com mais 48 membros titulares e 48 suplentes. A relevância dessa representatividade é evidenciada quando se observa que supera, segundo Avritzer (2009), o de vereadores.

Os Conselhos e as Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, estabelecidos no limite da burocracia estatal, vêm de alguma forma, redefinindo as relações entre Estado e sociedade nos últimos 30 anos. Esses espaços de participação, como espaços de socialização da política, conseguiram pautar, na agenda do Executivo, serviços de atendimento às necessidades sociais básicas da maioria da população, porém isso vem ocorrendo de maneira tímida, pois os indicadores da desigualdade permanecem alarmantes. Para Avritzer (2009), nas localidades onde são mais atuantes, os conselhos de saúde e de assistência social acabam

---

<sup>5</sup> Na sociologia clássica, o termo *controle social* tem sido usado para designar os processos de influência da sociedade (ou da esfera coletiva) sobre o indivíduo. No SUS, *controle social* significa a participação da sociedade organizada, no processo de deliberação, acompanhamento e fiscalização de suas ações (CARVALHO, 1995).

<sup>6</sup> “No que se refere à periodicidade das reuniões dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, dos 5.091 conselhos cadastrados, 4.257 conselhos realizam suas reuniões mensalmente; 481 realizam reuniões bimestrais; 212 trimestrais; 54 quinzenais; 29 semestrais. Destacam-se que 14 conselhos de saúde realizam suas reuniões semanais e 44 apresentaram outras periodicidades” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, [201-?]).

<sup>7</sup> Os dados relativos ao número de conselheiros de saúde, foram compilados por meio de contato telefônico em 19 dez. 2017, com apoio de Wilany Santos, técnico de Tecnologia de Informação do Conselho Nacional de Saúde. Os dados desta nota e da Nota 6 estão disponíveis em Conselho Nacional de Saúde ([201-?]; 2017).

tendo um efeito positivo na organização da política pública. Para as autoras do presente estudo, esses espaços de participação permitiram o alargamento das fronteiras autoritárias do Estado; de modo similar, também estão permitindo a continuidade da reprodução de elementos tradicionais da cultura política do país e de indicadores da desigualdade. Os desafios suscitados por essas práticas de gestão participativa não se situam apenas no aperfeiçoamento democrático, mas também na construção de um projeto social que garanta a redistribuição da riqueza e a socialização do poder político.

O caráter deliberativo e fiscalizador dos espaços institucionais de participação, progressivamente metamorfoseados, vem ganhando um sentido de parceria, de espaço de consulta, de colaboração, de ouvidoria e de mesa de diálogo social, ancorado na Política Nacional de Participação Social (PNPS) como uma de suas maiores expressões (BRASIL, 2014)<sup>8</sup>. Com este transformismo gradual, esses espaços tornaram-se mais burocráticos, com perda do seu caráter deliberativo, fiscalizador e propositivo (antes mesmo de conquistar efetivamente este caráter). As pautas desses espaços parecem ser cada vez mais setoriais e locais, com toda relevância que esses temas possuem, mas o caráter conflitivo e de disputas pela direção política e econômica dos serviços públicos apequenou-se. Nesse cenário, o predomínio das posturas aliancistas de cooperação, de pactuação e de consenso subalternizam os interesses do trabalho, em prol de sua substituição pela retórica do bem comum, da justiça social, do progresso, da governabilidade e da modernização.

Um exemplo dessa situação expressa-se no estudo de KRÜGER (2017), a partir do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina que pesquisou atas entre 2005 e 2015. A análise evidencia certo apassivamento do Conselho, sobretudo a partir de 2012, com decréscimo de debate e polêmicas, resultando em aprovação das pautas levadas pelos gestores (sobretudo os instrumentos de gestão) por maioria de votos. Além disso, a pesquisa destaca a descontinuidade do debate, a não regularidade das reuniões que deveriam ser mensais e as reclamações recorrentes de conselheiros sobre a falta de quórum, expressas nas atas.

No contexto da crise do capitalismo e das medidas políticas de austeridade fiscal adotadas, os fundamentos democrático-populares do SUS estão sob risco. Particularmente no SUS a tendência caminha em direção à expansão do setor privado da saúde, por meio de favorecimento de setores do mercado, mediante iniciativas de desconstitucionalização do SUS que vêm se apresentando ao longo das três últimas décadas<sup>9</sup>, mas se aprofundaram a partir de 2016. Aqui optou-se por apresentar as medidas de desconstitucionalização, aprovadas durante o governo ilegítimo Michel Temer, tais como: aprovação da Emenda Constitucional

---

<sup>8</sup> Pelo Decreto n. 8.243, a PNPS “[...] estabelecia e regulamentava formas institucionalizadas de diálogo entre a sociedade civil e o Estado, constituindo mais um espaço participativo de expressão democrática. No entanto, após a criação do Decreto, travou-se, no cenário político nacional, entre os poderes Executivo e Legislativo, um polêmico debate acerca de sua real constitucionalidade e legitimidade” (RIBAS; PIRES; LUIZ, 2015, p. 88).

Em outubro de 2014, dois dias após a reeleição da presidente Dilma Rousseff, os deputados federais aprovaram o projeto que sustou os efeitos do Decreto, n. 8.243, editado por ela, que criava novas instâncias de participação popular (COLETTA; CARDOSO, 2014).

<sup>9</sup> Krüger (2014) traz em detalhes as medidas de metamorfoseamento dos princípios e a desconstitucionalização do SUS entre 1990 e 2012.

95/2016 (BRASIL, 2016)<sup>10</sup>, o chamado *Novo Regime Fiscal*; a proposta, em tramitação, de criação dos Planos de Saúde Acessíveis (planos privados *populares*); liberação do capital estrangeiro na saúde, por meio da Medida Provisória nº 656/2014 e posterior Lei nº 13.097/2015, aprovada neste ano no Congresso Nacional; a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) rompendo com a perspectiva integradora e abrangente da Atenção Primária à Saúde (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) (BRASIL, 2017c), e alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001)<sup>11</sup>; o Decreto nº 9.057/2017 (BRASIL, 2017e), que permite o credenciamento de Instituições de Educação Superior para cursos de graduação a distância, sem prever um tratamento diferenciado para a área da saúde; a decisão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017), de liberar o uso de Benzoato de Emamectina no país, um agrotóxico agressivo, proibido em 2010 por neurotoxicidade e suspeita de causar malformações (OLIVEIRA, 2018); a Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), publicada em dez. de 2017 que reduziu de seis para dois os blocos de financiamento do SUS – um de custeio e outro de investimentos – e fragmenta o sistema ao flexibilizar o uso das verbas da Saúde na ponta, o que pode comprometer os serviços de atenção básica e de vigilância em saúde; a significativa redução do Programa Farmácia Popular por meio da Portaria nº 1.630/2017, (BRASIL, 2017d), entre tantas outras medidas.

Nesse cenário, assiste-se a corrosão da responsabilidade pública para com as necessidades coletivas e, por consequência, fortalece-se o setor privado da saúde. Experiências internacionais têm evidenciado essa situação. Veja-se o caso da Itália:

O processo de empresarialização dos serviços de saúde mudou a estrutura organizacional dos Consultórios de Família e o problema dos gastos e da redução das despesas começou a assumir prioridade face às necessidades de saúde. As pessoas e suas necessidades parecem já não estar no centro do sistema, mas sim sua compatibilidade econômica (ALLULI; D'IPPOLITO, 2014, p. 68).

O exemplo que vem de Portugal segue a mesma direção, o Estado-Providência que se estruturou em torno do modelo universalista vem sendo desconstruído, assumindo um modelo instrumental e seletivo que se assenta na regulação da esfera econômica. A mudança na Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do Sistema Nacional de Saúde, na revisão da Constituição Portuguesa em 1989, procedeu à mudança de *serviço nacional de saúde gratuito* para *tendencialmente gratuito* (PORTUGAL, 1990; SOUSA, 2009). Desde então os usuários, a partir de critérios socioeconômicos, pagam uma taxa moderadora que é atualizada periodicamente<sup>12</sup>.

As medidas nacionais e as experiências internacionais de desconstitucionalização dos sistemas de saúde públicos e universais, particularmente no Brasil, colocam renovados desafios aos espaços de participação popular que têm o papel de deliberar sobre a política de saúde.

---

<sup>10</sup> As possíveis implicações do Novo Regime Fiscal para o financiamento do SUS foram analisadas por Vieira e Benevides (2016a), e em nota técnica do IPEA (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b).

<sup>11</sup> A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) pactuou, em 14/12/2017, uma resolução que muda as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A decisão foi tomada sem escuta da sociedade. O presidente do Conselho Nacional de Saúde não foi autorizado pelo Ministro da Saúde a se manifestar diante da mudança. A resolução incentiva o investimento em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos com recursos de parcerias público-privadas (BRASIL, 2017b)

<sup>12</sup> Para saber sobre as taxas moderadoras que devem ser pagas pelos utentes quando acedem ao SNS, acessar Entidade Reguladora da Saúde (2016).

Aqui se destacam as resistências que o CNS, aliado a uma série de movimentos sociais, têm utilizado para o enfrentamento ao processo de desmonte do SUS: participação e organização de manifestações públicas, recomendações, resoluções, moções, notas e vídeos em defesa do SUS nas redes sociais.

Entretanto, o CNS e demais espaços participativos institucionalizados das esferas subnacionais estão sendo atingidos por reiteradas tentativas do Poder Executivo de acabar com o papel deliberativo desses colegiados, tornando-os marginais nos processos de tomada de decisão, ignorando suas manifestações e resoluções. A resistência aos programas de austeridade e a defesa dos marcos constitucionais do SUS precisam contar com o fortalecimento dos espaços institucionalizados de participação popular e, sobretudo, de organização sociopolítica dos trabalhadores e dos movimentos sociais em torno de agendas que articulem a defesa da saúde pública estatal, entrelaçada aos demais direitos sociais e direitos da classe trabalhadora, de modo a alterar a correlação de forças presentes na atual conjuntura.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo buscou-se analisar o processo de participação institucionalizada no SUS, em um contexto de desmonte do sistema público universal de saúde. Foi destacado o ganho histórico do lugar institucional dos sujeitos populares na deliberação, na avaliação e nas proposições das políticas sociais, a partir da Constituição de 1988. Tencionou-se problematizar o sentido corriqueiro assumido pela participação nas políticas públicas, cujo efeito consistiu em atribuir grande peso às responsabilidades da sociedade civil e desobrigar o Estado da garantia dos direitos sociais. Este processo dá-se em duas perspectivas: por um lado, há o reconhecimento de certa ampliação das fronteiras do Estado na organização das políticas de saúde, com a presença dos sujeitos sociais nos Conselhos e Conferências; por outro lado, são reproduzidos, os elementos tradicionais da cultura política, e a condução da política de saúde é extremamente tensionada pelos interesses do mercado privado de saúde, provocando desestruturação do sistema.

Reconhecer todos os desafios do SUS e dos processos de participação não pode cegar os usuários e a sociedade brasileira para o tamanho do SUS. Os números de seus procedimentos, nas três esferas de governo, são contabilizados em bilhões e milhões<sup>13</sup>. Como diria Gilson Carvalho, nas suas tradicionais Domingueiras, a sensação exata é de que muito foi feito, mas ainda se tem muito para fazer<sup>14</sup>. É incontestável que SUS trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, para o interior do país e com isso possibilitou um sentido de direito às ações e aos serviços, às práticas assistenciais e à participação popular.

---

<sup>13</sup> O SUS movimenta 90% do mercado de vacinas e 70% de equipamentos hospitalares; oferece 350 mil dos 503 mil leitos disponíveis no país; leitos de UTI são 17 mil, representando 49% do total existente; tem o maior banco de leite humano do mundo; possui Sistema de Vigilância em Saúde, Ambiental e Epidemiológica. Possui, ainda, bancos de sangue, remédios gratuitos, serviços de alto custo e de alta complexidade tecnológica, e muitas ações, programas, financiamentos e investimentos voltados à saúde. Informações disponíveis em Andrade (2012).

<sup>14</sup> Consultar: Domingueira da Saúde, de Gilson Carvalho. Disponível em:

<[http://www.idisa.org.br/site/pasta\\_85\\_0\\_\\_domingueiras.html](http://www.idisa.org.br/site/pasta_85_0__domingueiras.html)>. Acesso em: 19 dez. 2017.

O Brasil vive um período em que a subalternização da política social à política econômica tem se agravado na crise do capitalismo contemporâneo, de modo que as medidas políticas de austeridade fiscal adotadas pelo Estado, alinhadas à economia de aniquilamento da vida pelo capital, corroem os fundamentos democrático-populares do SUS e impedem a produção de políticas sanitárias adequadas às necessidades de saúde da população brasileira.

Em função desse contexto regressivo, buscou-se enfatizar, que uma gestão democrática implica no reconhecimento das necessidades sociais e de saúde de grupos historicamente excluídos de suas expressões políticas: não mais pela lógica do clientelismo e patrimonialismo, e sim pela lógica do direito e da igualdade real. Por isso, o processo de democratização da saúde e suas tensões, nesses 30 anos de Constituição, conclama à renovação da luta coletiva em defesa do SUS e das propostas da Reforma Sanitária brasileira, de modo a enfrentar às ofensivas do capital. Preconiza-se a condução de políticas e estratégias indutoras da democratização da riqueza, a apropriação do fundo público para os interesses da classe trabalhadora e a ampliação e qualificação dos espaços de decisão, fortalecimento e aprofundamento da democracia. Nesta direção, uma gestão democrática que cumpre finalidade pública voltada às necessidades das classes populares potencializa, na sua dinâmica de gestão, a vocalização das diferentes necessidades sociais. A participação, criticamente concebida como movimento dialético de transformação, e não como discurso participacionista ou de representação simbólica, adquire relevância especialmente na conjuntura regressiva que vem sendo potencializada no país a partir de 2016.

## REFERÊNCIAS

ALLULI, M.; D'IPPOLITO, B. Instituições, gênero e participação nas políticas de saúde [...]. In: SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. (Orgs.). **Saúde, participação e cidadania: experiência do sul da Europa**. Coimbra: Almedina; CES/UC, 2014. p. 55-74.

ANDRADE, L. O. M. de. SUS, conquistas e desafios. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**, São Paulo, 20 nov. 2012. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/11/20/sus-conquistas-e-desafios/>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Agrotóxico: concluída avaliação do Benzoato de Emamectina. **Notícias**, Brasília (DF), 6 nov. 2017. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset\\_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/concluida-avaliacao-toxicologica-do-benzoato-de-emamectina/219201?p\\_p\\_auth=OQjGNyPr&inheritRedirect=false](http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/concluida-avaliacao-toxicologica-do-benzoato-de-emamectina/219201?p_p_auth=OQjGNyPr&inheritRedirect=false)> . Acesso em: 5 fev. 2018.

AVRITZER, L. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: AVRITZER, L. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez; Minas Gerais: UFMG, 2009. p. 27-54.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília (DF): UnB; CEFSS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde.** Brasília (DF), 2017a. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/PT-3992-2017.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde não autoriza CNS a se manifestar em reunião e muda Política de Saúde Mental. **Susconecta**, Brasília (DF), dez. 2017b. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/2017/12/ministerio-da-saude-nao-autoriza-cns-de-se-manifestar-e-muda-politica-de-saude-mental/>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.** Brasília (DF), 2017c. Disponível em: <[http://dabsistemas.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2457](http://dabsistemas.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457)>. Acesso em: 19 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.630, de 30 de junho de 2017. Desabilita municípios e estados da manutenção de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil.** Brasília (DF), 2017d. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/julho2017/diao3/portaria1630.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2017

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.057, 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Brasília (DF), 2017e. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/D9057.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9057.htm)>. Acesso em: 19 dez. 2017

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília (DF), 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **PPA 2012-2015.** Brasília (DF), 13 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual/publicacoes/2012-2015>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências.** Brasília (DF), 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília (DF), 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 7 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.** Brasília (DF), 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 4 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080/1990. Mensagem de veto nº 680, de 19 de setembro de 1990.** Brasília (DF), 1990b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-veto-27098-pl.html>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização.** Brasília (DF), 1990c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 4 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília (DF): Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 4 dez. 2017.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal; Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional, 1995.

COHN, A.; BUJDOSO, Y. L. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 33-47, São Paulo, jun. 2015.

COLETTA, R. D.; CARDOSO, D. Câmara derruba decreto de conselho popular de Dilma. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 out. 2014. Política. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,camara-derruba-decreto-de-conselho-popular-de-dilma,1584579>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.** Brasília (DF), [201-?]. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_cadastro/](http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/)>. Acesso em: 20 nov. 2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Demonstrativo quanto a paridade/cadastro no Siacs.** Ministério da Saúde Brasília (DF), 27 nov. 2017. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/demonstrativo.html](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html)>. Acesso em: 19 dez. 2017

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo.** São Paulo: Cortez, 2008.

DANTAS, A. Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação. In: MONTANO, C. (Org.). **O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do terceiro setor**. São Paulo: Cortez, 2014. p. 103-143.

ENTIDADE REGULADORA DE SAÚDE (Portugal). **Taxas moderadoras do SNS**. Porto, 6 abr. 2016. Disponível em: <<https://www.ers.pt/pages/142>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

ESCOREL, S.; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. Especial, p. 39-48, dez. 2016.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL; CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA CEAD/NED-UnB. **Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 3: Política Social**. Brasília (DF), 2000. p. 41-56.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 47, p. 333-361, ago. 2011.

KRÜGER, T. R. Organizações sociais e instrumentos de gestão: o debate no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina. **Grifos**, Chapecó, n. 42, p. 77-109, 2017.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0218.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

KRÜGER, T. R. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 2, p. 75-90, 2008.

LAURELL, A. C. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

MARICATO, E. Nunca formos tão participativos: reflexões sobre os movimentos sociais urbanos. In: MARICATO, E. **O impasse da política urbana no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 89-98.

NETTO, J. P. Notas sobre democracia e transição socialista. A redefinição da democracia. In: NETTO, J. P. **Democracia e transição socialista**. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990. p. 69-105; 117-127.

OLIVEIRA, C. Temer antecipa 'pacote do veneno' e proíbe Anvisa de se manifestar sobre agrotóxicos. RBA. Em 03/02/2018. Disponível em <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2017/02/temer-antecipa-2018pacote-do-veneno2019-e-proibe-anvisa-de-dar-informacoes-sobre-agrotoxicos> Acesso 05/02/2018.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, 2011. (Séries: Saúde no Brasil, n. 1).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. **Diário da República**, Lisboa, 1990, I Série A (195), p. 3452-9.

RIBAS, J. A. N.; PIRES, V. R.; LUIZ, D. E. C. A Política Nacional de Participação Social: apontamentos sobre a relação do Estado com a sociedade civil brasileira. **SER Social**, Brasília (DF), v. 17, n. 36, p. 84-103, jan./jun. 2015. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/14811/11948](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14811/11948)>. Acesso em: 26 dez. 2017.

SOUSA. Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. Palestra. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, (Especial - 70 Anos), p. 884-894, 2009.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, n. 21, p. 218-251, jun. 2009.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília (DF), v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016a.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília (DF): Ipea, 2016b. (Nota Técnica / Ipea, n. 28).

---

**Tania Regina KRÜGER**. Concepção e delineamento do artigo, na pesquisa documental e bibliográfica, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e por fim na sua revisão crítica. A pesquisa que resultou este texto não teve financiamento nem das unidades acadêmicas e nem de agência de fomento. Graduação em Serviço Social pela UFSC (1990). Mestre em Educação e Cultura UFSC (1998). Doutora em Serviço Social pela UFPE (2005). Docente Associada do Departamento de Serviço Social da UFSC. Pesquisadora principalmente nos seguintes temas: política social, SUS, serviço social, exercício profissional, política de saúde, participação, controle social, planejamento e gestão de políticas sociais. Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular (NESSOP).

**Andréia de OLIVEIRA**. Concepção e delineamento do artigo, na pesquisa documental e bibliográfica, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e por fim na sua revisão crítica. A pesquisa que resultou este texto não teve financiamento nem das unidades acadêmicas e nem de agência de fomento. Graduação em Serviço Social pela USSC (1992). Mestre em Saúde Pública pela UFSC (2000). Doutora em Serviço Social pela PUCSP (2012). Docente Adjunta do Departamento de Serviço Social e do PPGPS da UnB. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social (TRASSO) e Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde da UnB. Realiza pesquisa na área de Políticas Sociais e Serviço Social, com ênfase em Política de Saúde, Serviço Social, Trabalho, Formação Profissional em Saúde, Participação e Controle Social.

---