

CONSTITUCIONALISMO E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA

CONSTITUTIONAL AND COMMUNITY INVOLVEMENT IN PUBLIC HEALTH

*Renata Siqueira Julio¹
Weslly Carlos Ribeiro²*

Resumo: A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reestruturou o sistema público de saúde e criou o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo um novo modelo federativo preceituado, regido e normatizado pelas diretrizes: da descentralização; do atendimento universalizado fundado no direito à saúde como direito de cidadania; e com prioridade nas ações preventivas e da participação comunitária. Assim, esse estudo objetiva analisar a participação comunitária na gestão da Saúde Pública no Brasil após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Trata de uma pesquisa exploratória, utilizando como procedimento a pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa dos dados. O Sistema Único de Saúde se preceitua pelas normas que regem a descentralização de recursos e responsabilidade para os Estados e fundamentalmente para os municípios, garantida a participação comunitária em todas as esferas de gestão e controle por meio dos Conselhos de Saúde, cuja composição paritária privilegia a participação de usuários do sistema. Os Conselhos de Saúde possibilitam a aproximação do cidadão das decisões do Poder Público e permitem a democratização e a humanização das decisões, concebendo uma gestão focada na busca da aproximação com a realidade da saúde local.

Palavras-chave: direito constitucional; sistema único de saúde; conselho de saúde; participação comunitária.

Resumo: The Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988 restructured the public health system and created the Unified Health System - SUS, setting a new federative model precepts, governed and regulated by the guidelines: the decentralization of care based on universalized right to health as citizenship rights, and priority in preventive and community participation. Thus, this study aims to analyze community participation in the management of Public Health in Brazil after the Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988. This is an exploratory research, using procedure and documentary literature, with qualitative data. The Health System stipulates that the rules governing the decentralization of resources and responsibility to the states and ultimately to municipalities, secured community participation in all spheres of management and control through the Board of Health, which focuses on equal composition participation of system users. Health Councils allow the approach of the citizen of the decisions of the Government and allow the democratization and humanization of decisions, creating a focused management approach to the pursuit of the reality of local health.

Keywords: constitutional law, national health care system, board of health, community participation.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Estado Democrático de Direito as garantias individuais não podem mais ser apreciados a partir de uma ótica absoluta de titularidade individual, pois as ações humanas atuais se encontram em uma esfera coletiva - e difusa - de valores protegidos, que necessitam da tutela de Direitos que não se destinam ao indivíduo, mas à coletividade de pessoas.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reestruturou o sistema público de saúde estabelecendo novas regras e diretrizes fundadas nos

¹ Mestre em pesquisa clínica em doenças infecciosas pela FIOCRUZ/RJ, professora do Centro Universitário do Sul de Minas, UNIS/MG. Instituição: Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS/MG. Email: sjrenata@gmail.com.

Resumo da Biografia Mestre em pesquisa clínica em doenças infecciosas pela FIOCRUZ/RJ, professora do Centro Universitário do Sul de Minas, UNIS/MG.

² Mestre em Direito pela UNESA, Doutorando em Direito pela PUC Minas, professor da Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG, Campus de Varginha. Instituição Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG. Email: weslly@oi.com.br.

princípios da descentralização e na participação comunitária na gestão. O usuário do sistema de saúde passa a exercer a função de controle e gerenciamento do orçamento da saúde, permitindo a democratização do Sistema Único de Saúde.

Assim o presente estudo objetiva analisar a participação comunitária na gestão da Saúde Pública no Brasil após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Para tanto pretende perscrutar a evolução do Estado de Direito e dos Direitos Fundamentais; investigar o Direito à Saúde como Direito Fundamental; examinar a participação dos usuários do sistema de saúde nas esferas de gestão pública.

Cuidar de temas relacionados à participação comunitária da gestão da saúde pública encontra relevância no pensamento científico por proporcionar indagações sobre melhores formas de envolvimento dos usuários no sistema decisório. Além disso, analisar a participação comunitária na gestão do sistema público de saúde se mostra como importante meio de controle do orçamento público.

O artigo esta estruturado nos seguintes tópicos: enquadramento metodológico; Direitos Fundamentais e Constitucionalismo; Saúde, um Direito Fundamental; Participação comunitária na Saúde Pública e Considerações finais.

1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Os delineamentos desta pesquisa deram-se em função dos objetivos, dos procedimentos e da abordagem do problema. No que concerne aos objetivos, esta pesquisa consiste de um estudo do tipo exploratório quanto aos objetivos, uma vez que analisa a participação comunitária na gestão da Saúde Pública no Brasil após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Quanto aos procedimentos, a pesquisa caracteriza-se como bibliográfica e documental. Conforme Gil³, a pesquisa bibliográfica pode ser desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos e a pesquisa documental, por valer-se de materiais que não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos.

Em síntese, a pesquisa classifica-se como exploratória, utilizando como procedimento a pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa dos dados.

2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E CONSTITUCIONALISMO

Para Lafer⁴, tanto a Revolução Francesa quanto a Revolução Americana foram fundamentais para a disseminação dos conceitos de Direitos Humanos e Fundamentais, já que o Estado deixou de ser visto pela ótica do governante para ser contemplado pela ótica dos governados. É o momento, ainda segundo Lafer citando Hannah Arendt, que se passou a ter a noção do “Direito de ter Direitos”. Finger⁵ também destaca que os Direitos Fundamentais foram inaugurados propriamente com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 26 de

³ GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

⁴ LAFER, Celso. **A ONU e os direitos humanos**. Estud. Av., São Paulo, v.9, n.25, dez./1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 17/jan./2009.

⁵ FINGER, Julio César. **Constituição e direito privado**. Algumas notas sobre a chamada constitucionalização do direito civil. A Constituição concretizada: Construindo pontes com o público e o privado. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. p.85-106.

agosto de 1789 e que se tratava eminentemente de direitos de defesa contra a ação do Estado. Comparato⁶ considera a Declaração como o grande momento de universalização dos direitos, pois significou a ruptura com o *Ancien Régime* e a inspiração para todo e qualquer projeto de constitucionalização dos povos.

Numa escala evolutiva a Declaração de Direitos na Constituição Francesa de 1791 cuidou de reforçar os ideais de 1789, já que apontava para o controle do poder estatal⁷ e trazia de maneira inédita a determinação de criação de um estabelecimento geral de Assistência Pública, que, por sua vez, cuidaria das crianças e enfermos pobres, além de oferecer trabalho aos pobres inválidos e instrução primária gratuita; foi um prelúdio dos direitos sociais.

Entretanto, a liberdade dos modernos, como denominada por Benjamin Constant⁸, fruto da Revolução Francesa, cuja matriz foi reproduzida nas Constituições posteriores e que exacerbava o privatismo e a não intervenção do Estado, deu lugar a um novo tipo de autoritarismo que oprimia aqueles que sendo iguais na forma não tinham as mesmas oportunidades⁹. A ausência de intervenção do Estado, proveniente dos ideais liberais, constituiu uma camada de explorados¹⁰, operários e trabalhadores, que não tinham acesso a condições mínimas de trabalho e proteção estatal. Esse fenômeno também se deveu à industrialização que possibilitou uma dicotomia entre capital e trabalho e, por outro lado, ao exercício da liberdade no campo político que culminou na realização de pressões políticas com a finalidade de buscar uma melhoria de condições de vida para os cidadãos. A liberdade¹¹ de reunião e de associação deu lugar ao sindicalismo e ao início das lutas de classes.

A individualidade e a ausência da ação do Estado¹² provocaram graves injustiças sociais que se somaram ao movimento social por melhores condições de trabalho e renda, o que levou o Estado a evoluir de uma postura inerte, não intervencionista, para uma postura promovedora¹³.

No México, a organização sindicalista, embasada nos ideais revolucionários que influenciaram a Europa no final do século XIX, juntou-se a oposição à ditadura de Porfirio Díaz. Os líderes do movimento contrário ao caudilho mexicano fizeram circular um manifesto, em 1906, que propunha, entre outros aspectos, a proibição de reeleição do presidente, a garantia das liberdades individuais e políticas, a reforma agrária e a proteção do trabalho assalariado¹⁴.

⁶ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2001.

⁷ MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º ao 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Atlas, 2007.

⁸ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2001.

⁹ SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2008.

¹⁰ ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

¹¹ FAORO, Raymundo. **A república inacabada**. São Paulo: Globo, 2007.

¹² SILVA, José Afonso da Silva. **Poder constituinte e poder popular: estudos sobre a constituição**. 1.ed. São Paulo, Malheiros, 2007.

¹³ STRECK, Lenio Luiz. **Jurisdição constitucional e hermenêutica: uma nova crítica do direito**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

¹⁴ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2001.

Essas propostas se tornaram posteriormente a espinha dorsal da Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos de 1917.

Pela primeira vez, na história do constitucionalismo, afirmou-se o princípio da igualdade substancial entre trabalhadores e empregadores na relação contratual, o que possibilitou a criação da responsabilidade por parte dos empresários por danos causados aos empregados, além da proibição das práticas de exploração mercantil do trabalho e da dignidade humana. A propriedade perdeu a aceitação de 'sagrada' e tornou possível a redistribuição de terras pela reforma agrária. Inaugurava-se uma postura ativa do Estado que passou a ser devedor de prestações positivas à efetivação e à garantia dos direitos fundamentais¹⁵.

Na Europa, a Constituição de Weimar, de 11 de agosto de 1919¹⁶, inaugurou no Constitucionalismo Europeu as conquistas de direitos sociais da Constituição do México de 1917, complementando os direitos civis e políticos. A partir de então o Estado passou a evoluir e ter um importante conteúdo econômico e social com a finalidade de realizar uma nova ordem de trabalho e distribuição de bens¹⁷. A estrutura foi modificada ao ponto de um estado letárgico do 'não fazer' se tornar devedor de prestações positivas, dando lugar aos direitos de assistência social como a saúde, a educação, o trabalho, entre outros. Streck¹⁸ chama a atenção para o fato de que os serviços assistenciais deixaram de ser realizados com um caráter caritativo de prestação de serviços para se transformar em direitos próprios do cidadão.

Na década de 70, inicialmente em decorrência dos choques do petróleo¹⁹, o Estado Social de Direito encontrava-se em uma situação de crise, dada a sua dimensão, a expansão e a massificação do consumo e a impossibilidade de dirigismo estatal a que se propunha. A esta situação de inchaço estatal se acrescentou a globalização e a grande evolução tecnológica, acrescentaram-se situações de vida e de sociedade relacionadas às ameaças ao meio ambiente, ao crime organizado, a tecnologia nuclear, ao genoma humano, a reprodução assistida, a Internet, a invasão da privacidade, as experiências com seres humanos (e tantas outras questões) que elevaram as relações jurídicas a uma situação onde nem o Direito e nem a Ética alcançariam. O Direito e as garantias individuais não podem mais ser apreciados a partir de uma ótica absoluta de titularidade individual como assevera Schäfer²⁰, pois as ações humanas atuais se encontram em uma esfera coletiva - e difusa - de valores protegidos, que necessitam da tutela de Direitos que não se destinam ao indivíduo, mas à coletividade de pessoas.

¹⁵ STRECK, Lenio Luiz. **Jurisdição constitucional e hermenêutica: uma nova crítica do direito**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

¹⁶ VIEIRA, Oscar Vilhena. **A constituição e sua reserva de justiça: um ensaio sobre os limites materiais ao poder de reforma**. São Paulo: Malheiros, 2003.

¹⁷ LEAL, Rogério Gesta. **Perspectivas hermenêuticas dos direitos humanos e fundamentais no Brasil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

¹⁸ STRECK, Lenio Luiz. **Jurisdição constitucional e hermenêutica: uma nova crítica do direito**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

¹⁹ SARMENTO, Daniel. **Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada**. Os princípios da Constituição de 1988. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2006

²⁰ SCHÄFER, Jairo. **Classificação dos direitos fundamentais: do sistema geracional ao sistema unitário: uma proposta de compreensão**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

No Brasil, como preconiza Finger²¹, esses Direitos Fundamentais que buscam a tutela da coletividade somente foram acolhidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que na da declaração de direitos elenca o Direito à Saúde. Pela primeira vez o Direito à Saúde passa a ser previsto no âmbito do Constitucionalismo Brasileiro.

3 SAÚDE, UM DIREITO FUNDAMENTAL

A Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1948²² já apontava, de forma pioneira, para o direito à saúde, fórmula que também encontrou sua referência no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966.

O termo conceitual “saúde” já foi entendido como o estado de ausência de doença²³, entretanto atualmente, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde – OMS, “firmou-se o entendimento de que o conceito de saúde não implica apenas na ausência de doenças, mas o completo bem-estar, físico, mental e social.”²⁴

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na forma estabelecida pelos arts. 6º e 196 a 200, a saúde tornou-se Direito de todos assumindo as características da universalidade, integralidade, equidade e obrigação do Estado. Foi criado, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente o maior sistema público de saúde do mundo.

Em seu texto, a Constituição estabelece no art. 196 que a saúde é dever do Estado, norma de aplicação e efeito imediatos. Além disso, ainda prevê no art. 199 que o setor privado exerça a assistência à saúde, criando uma solidariedade no seu exercício entre o Poder Público e o setor privado. Isso faz com que o Estado passe a ter uma dupla obrigação na visão de Séguin²⁵: “o cuidado com qualquer pessoa humana, em especial as hipossuficientes economicamente, e a prestação de serviços públicos adequados e eficientes para permitir um nível mínimo de qualidade de vida”.

Sarlet²⁶ afirma que a Constituição da República de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito fundamental da pessoa humana. O referido autor complementa afirmando que a saúde goza de “dupla fundamentalidade formal e material”. A fundamentalidade formal esta resguardada pela norma constitucional positiva que elevou a saúde ao ápice do ordenamento jurídico como direito fundamental da pessoa e na impossibilidade de sua abolição (dada a proteção das cláusulas pétreas). Já a fundamentalidade material esta relacionada à

²¹ FINGER, Julio César. **Constituição e direito privado**. Algumas notas sobre a chamada constitucionalização do direito civil. A Constituição concretizada: Construindo pontes com o público e o privado. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. p.85-106.

²² SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Direito do Estado. n.11, set./out./nov./2007. Disponível em: <www.direitodoestado.com.br> Acesso em 09/mar./2009.

²³ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, Oct./1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> Acesso em 09/mar./2009

²⁴ LUCENA, Cíntia. **Direito à saúde no constitucionalismo contemporâneo**. O direito à vida digna. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

²⁵ SÉGUIN, Elida. **Plano de saúde**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005. p.38.

²⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Direito do Estado. n.11, set./out./nov./2007. Disponível em: <www.direitodoestado.com.br> Acesso em 09/mar./2009.

relevância do bem da vida protegido, que é a própria *vida* dada à importância da saúde para qualquer ser humano. Esta concepção do Direito à Saúde e a determinação de criação de um novo modelo de sistema público estabeleceram as bases para a estruturação do Sistema Único de Saúde, que passa a ter a participação comunitária na gestão da Saúde Pública.

4 PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA

Antes da criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o Ministério da Saúde, apoiado pelos Estados e Municípios, desenvolvia as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, destacando-se as campanhas de vacinação e controle de endemias. Na assistência à saúde, a atuação ocorria por meio de poucos hospitais especializados, ação também denominada assistência médico-hospitalar, prestada à parte da população definida como indigente, que não tinha qualquer direito à saúde, sendo proporcionada por alguns municípios, estados e por instituições filantrópicas, concebida na condição de favor ou caridade²⁷.

A atuação do poder público era basicamente por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, posteriormente, passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados²⁸, assim considerados os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, ressaltando a ausência do caráter universal da prestação. Essa situação de ausência de acesso universal à assistência à saúde criou três classes de cidadãos: os que não dependiam do sistema público e podiam pagar pelo atendimento particular; os trabalhadores formais e seus dependentes que tinham acesso à assistência prestada pelo INAMPS; e aqueles que não podiam pagar e não tinham acesso à assistência fornecida pelo INAMPS, portanto, deixados à própria sorte.

No fim da década de 80, o INAMPS promoveu uma ampliação na assistência à saúde, proporcionando uma cobertura mais universalizada, destacando-se, nesse período, a permissão para atendimento, na rede própria e conveniada, de pessoas, sem a exigência de apresentação da carteira de segurado. Tais ações proporcionaram a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído por meio da celebração de convênios com os governos estaduais²⁹. Essa generalização da cobertura decorreu da crescente crise de modelo de assistência à saúde vigente até então, resultante dos movimentos de mobilização política dos trabalhadores da saúde, estudantes e setores organizados da sociedade civil que constituíam o chamado “Movimento da Reforma Sanitária”.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e a elevação da Saúde a “direito de todos e dever do Estado”, consagrou-se a universalidade do direito à saúde. O art. 198, da mesma Carta Política, estabelece que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único”, determinando a criação do Sistema

²⁷ SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas**. Brasília: MS, 2002.

²⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.1, feb./1988. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> Acesso em 09/mar./2009.

²⁹ SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas**. Brasília: MS, 2002.

Único de Saúde que é regido e normatizado pelas diretrizes: da descentralização; do atendimento universalizado fundado no direito à saúde como direito de cidadania; e com prioridade nas ações preventivas e da participação comunitária. O financiamento do Sistema Único de Saúde, na forma do §1º do art. 198, seria realizado por meio de “recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Em atendimento ao preceito da participação comunitária a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” e determina, no seu art. 1º, que o Sistema Único de Saúde constará com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, ambas com a finalidade de proporcionar a gestão participativa de diferentes entidades na administração do SUS.

A participação comunitária no SUS se realiza por meio das Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. As primeiras realizadas a cada quatro anos, em etapas municipais, estaduais e nacional, e composta por representantes de diversos segmentos sociais e objetiva avaliar e recomendar medidas para melhoria das políticas públicas de saúde. Por sua vez os Conselhos de Saúde, nas etapas municipais, estaduais e nacional, são formados por representantes do Estado, profissionais de saúde, prestadores de serviços em saúde na proporção de cinquenta por cento e pelos usuários do SUS que detêm o direito aos outros cinquenta por cento. Esta participação comunitária pretende ser o mais ampla possível, inclusive com participação de indígena, quando for o caso, conforme prevê o art. 19-H da Lei 8080/90.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina no §2º do art. 1º que o Conselho de Saúde “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” e ainda vincula as decisões do Conselho à homologação “pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Os Conselhos de Saúde tem organização e normas de funcionamentos definidas pelo próprio Conselho por meio de regimento. Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos e com atribuição de fiscalizar os recursos financeiros do SUS, em cada esfera de sua atuação, conforme prevê o art. 33 da Lei 8080/90.

A estrutura do sistema de gestão do Sistema Único de Saúde passa a ser realizada, segundo o princípio da descentralização, nos moldes de um modelo federativo de saúde com a definição do papel de cada esfera no sistema e com a criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

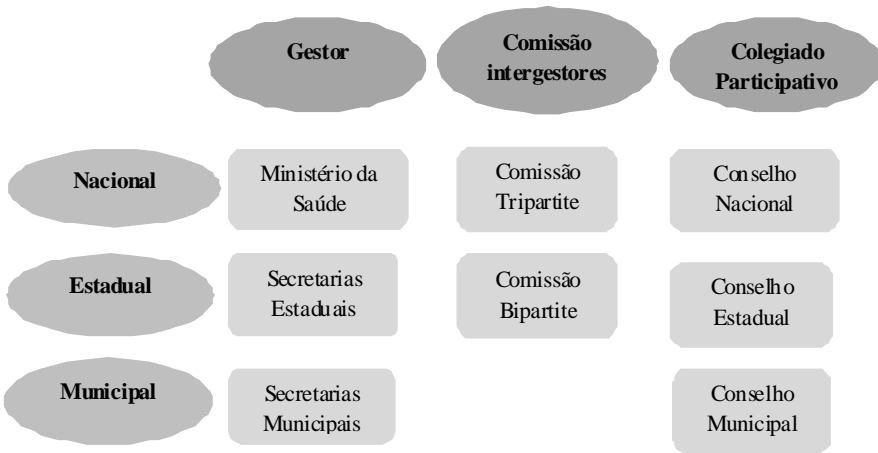


Figura 2. Estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde (SUS) Fonte: Souza, 2002, p. 36

Na estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde, entre os gestores das esferas nacional, estadual e municipal e os respectivos Conselhos de Saúde, encontram-se as comissões intergestores que “atuam como instâncias executivas dos conselhos de saúde, mas a sua composição exclusivamente governamental promove grande agilidade decisória, além da influência relevante da tecno-burocracia estatal em seu processo decisório”³⁰. Além disso, as comissões são as instâncias básicas para viabilização dos propósitos integradores e harmonizadores das gestões municipal, estadual e federal (Comissão Integestores Tripartite), e pelos gestores estadual e municipal (Comissão intergestores Bipartite).³¹

Na esfera da gestão participativa, os Conselhos Municipais de Saúde têm a possibilidade de, além de permitir a aproximação do cidadão das decisões do Poder Público, permitir também a democratização e a humanização das decisões, concebendo uma gestão focada na busca da aproximação com a realidade local de cada município. Para Oliveira³² “os conselhos gestores representam meios públicos de deliberação criados no interior do poder Executivo para promover a participação da sociedade” e ainda que “a função de seus membros é discutir e tomar decisões

³⁰ RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./1997. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100018](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100018&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 25/ago./2010. Doi: 10.1590/S0102-311X1997000100018.

³¹ SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS. NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. BRASÍLIA/DF Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996

³² OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e. *Sociedade, estado e administração pública: análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras – MG*. Lavras: UFLA, 2009. p.84.

sobre as políticas públicas locais e regular os atos do governo, transformando o orçamento em ações, instrumentos e serviços concretos para a comunidade.”

Os Conselhos de Saúde estão estruturados e implantados na grande maioria dos municípios brasileiros, conforme demonstra a tabela 1.

Tamanho da população	Saúde	Assistência Social	Criança e Adolescente	Educação
Até 5.000 habitantes	97,08%	88,69%	66,01%	71,99%
De 5.001 a 20.000	97,28%	93,45%	75,71%	71,54%
De 20.001 a 100.000	98,51%	96,47%	89,73%	75,22%
De 100.001 a 500.000	98,97%	96,91%	97,94%	89,18%
Mais de 500.000	100,00%	100,00%	100,00%	93,75%

Tabela 1 – Distribuição dos conselhos por porte de municípios

Fonte: OLIVEIRA, 2009. p.87

Se se comparar diferentes conselhos gestores, percebe-se, conforme a tabela 1, que os Conselhos de Saúde alcançam índices de circunscrição, superiores aos da Assistência Social, Criança e Adolescente e Educação, o que demonstra a importância e abrangência que alcança no âmbito nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O constitucionalismo contemporâneo fundamenta uma atuação complexa do Estado que é devedor de prestações negativas em certas questões e de prestações positivas em outras, especialmente, para o presente estudo daquelas situações que buscam a tutela coletiva dos Direitos Fundamentais.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a reestruturação do Sistema Público de Saúde nos moldes de um modelo federativo de um Sistema Único de Saúde preceituado, regido e normatizado pelas diretrizes: da descentralização; do atendimento universalizado fundado no direito à saúde como direito de cidadania; e com prioridade nas ações preventivas e da participação comunitária.

O Direito à Saúde se afirma como Direito Fundamental e passa a gozar de uma dupla fundamentalidade: formal e material. A formal resguardada pela norma constitucional positiva que elevou a saúde ao ápice do ordenamento jurídico como direito fundamental da pessoa e na impossibilidade de sua abolição e a material relacionada à relevância da proteção da *vida* dada à importância da saúde para qualquer ser humano.

O Sistema Único de Saúde se preceitua pelas normas que regem a descentralização de recursos e responsabilidade para os Estados e fundamentalmente para os municípios, garantida a participação comunitária em todas as esferas e gestão e controle por meio dos Conselhos de Saúde, cuja composição paritária privilegia a participação de usuários do sistema. Os Conselhos de Saúde possibilitam a aproximação do cidadão das decisões do Poder Público e permitem a democratização e a humanização das decisões, concebendo uma gestão focada na busca da aproximação com a realidade da saúde local.

Futuros estudos podem analisar a efetividade da participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde, bem como a eficácia das deliberações realizadas no âmbito dos referidos conselhos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em <www.planalto.gov.br> Acesso em 24/ago./2010.

BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em <www.planalto.gov.br> Acesso em 24/ago./2010.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos.** São Paulo: Saraiva, 2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.1, fev.1988. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> Acesso em 09/mar./2009

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

FAORO, Raymundo. **A república inacabada.** São Paulo: Globo, 2007.

FINGER, Julio César. Constituição e direito privado. Algumas notas sobre a chamada constitucionalização do direito civil. **A constituição concretizada: construindo pontes com o público e o privado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. p.85-106.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LAFER, Celso. A ONU e os direitos humanos. **Estud. Av.**, São Paulo, v.9, n.25, dez./1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 17/jan./2009.

LEAL, Rogério Gesta. **Perspectivas hermenêuticas dos direitos humanos e fundamentais no Brasil.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

LUCENA, Cíntia. **Direito à saúde no constitucionalismo contemporâneo.** O Direito à vida digna. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º ao 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência.** São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e. **Sociedade, Estado e administração pública: análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras – MG.** Lavras: UFLA, 2009.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./1997. Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100018&lng=en&nrm=iso Acesso em 25/Ago./2010. Doi: 10.1590/S0102-311X1997000100018.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Direito do Estado**. n.11, set./out./Nov./2007. Disponível em: <www.direitodoestado.com.br> Acesso em 09/mar./2009.

SARMENTO, Daniel. **Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada**. Os princípios da constituição de 1988. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2006

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2008.

SÉGUIN, Elida. **Plano de saúde**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, oct./1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> Acesso em 09/mar./2009.

SCHÄFER, Jairo. **Classificação dos direito fundamentais**: do sistema geracional ao sistema unitário: uma proposta de compreensão. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SILVA, José Afonso da Silva. **Poder constituinte e poder popular**: estudos sobre a constituição. 1.ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS. **NOB-SUS 01/96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. BRASÍLIA/DF Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional**: tendências e desafios dos sistemas de saúde das américas. Brasília: Editora MS, 2002.

STRECK, Lenio Luiz. **Jurisdição Constitucional e hermenêutica**: uma nova crítica do direito. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **A constituição e sua reserva de justiça**: um ensaio sobre os limites materiais ao poder de reforma. São Paulo: Malheiros, 2003.

Recebido em: 30 de janeiro de 2011

Aceito em: 15 de março de 2011

