
**A Democracia Participativa e a Democracia
Representativa: a VIII Conferência de Saúde e a
produção legislativa da saúde nos últimos 30 anos**

*Participatory Democracy and Representative Democracy: the
VIII Health Conference and the legislative production of
health in the last 30 years*

*Democracia participativa y democracia representativa: la VIII
Conferencia de Salud y la producción legislativa en salud en
los últimos 30 años*

Maria Célia Delduque¹
Alethele de Oliveira Santos²
Sandra Mara Campos Alves³

RESUMO:

O estudo teve como **objetivo** comparar o determinado no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e a produção legislativa federal posterior, com o intuito de saber se o Congresso Nacional observou as diretrizes da conferência. **Metodologia:** tratou-se de um estudo qualitativo em base de dados legislativos oficiais, em que se buscou documentos legais sobre o Direito à Saúde. O período levantado foi entre 1986 e 2016. Os textos normativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** os achados demonstraram haver pelo menos cinco subcategorias relacionadas ao Direito à Saúde, leis produzidas em cada subcategoria. A produção legislativa sobre datas

¹ Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professora, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: mcdelduque@gmail.com - ORCID:0000-0002-5351-3534

² Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Assessora Parlamentar, Senado Federal, Brasília, DF, Brasil. E-mail: alethele.santos@gmail.com - ORCID: 0000-0001-7952-6408

³ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora e docente, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil: E-mail: smcalves@gmail.com - ORCID: 0000-0001-6171-4558

comemorativas foi a de maior número. **Conclusão:** O poder legiferante do Estado, durante as décadas estudadas não correspondeu às diretrizes do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Sistema Único de Saúde; Participação Social.

ABSTRACT:

The study aimed to compare what was determined in the final report of the VIII National Health Conference and the subsequent federal legislative production, in order to know if the Congress observed the guidelines of the conference. **Methodology:** it was a qualitative study based on official legislative databases, in which legal documents on the Right to Health were sought. The period surveyed was between 1986 and 2016. The normative texts were analyzed using the Content Analysis method. **Results:** the findings showed that there were at least five subcategories related to the Right to Health, with laws produced in each subcategory. Legislative production on commemorative dates was the one with the highest number. **Conclusion:** The Legislative, during the decades studied, did not correspond to the guidelines of the final report of the VIII National Health Conference.

Keywords: Right to Health; Unified Health System; Social Participation.

RESUMEN:

El estudio tuvo como objetivo comparar lo determinado en el informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud y la posterior producción legislativa federal, con el fin de averiguar si el Congreso Nacional observó las directrices de la conferencia. **Metodología:** este fue un estudio cualitativo basado en datos legislativos oficiales, en el que se buscaron documentos legales sobre el Derecho a la Salud. El período relevado fue entre 1986 y 2016. Los textos normativos fueron analizados mediante el método de Análisis de Contenido. **Resultados:** los hallazgos mostraron que existen al menos cinco subcategorías relacionadas con el Derecho a la Salud, leyes producidas en cada subcategoría. La producción legislativa en fechas conmemorativas fue la más alta. **Conclusión:** La potestad legislativa del Estado, durante las décadas estudiadas, no se correspondió con los lineamientos del informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud.

Palabras clave: Derecho a la Salud; Sistema Único de Salud; Participación social.

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88)¹ que reconheceu a saúde como um direito fundamental e social, ampla profusão legislativa foi observada com a finalidade de conferir contorno e pavimentar o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para guardar compatibilidade com o desejo social, a Constituição - documento político e jurídico - que desvela os princípios que regem uma nação, garantiu em seu texto o direito à saúde para todos, valendo-se de parte dos fundamentos e princípios expressos no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)².

A VIII CNS, em 1986, foi reconhecida como um marco para o processo de redemocratização do país, a partir de debate que contou com a participação de cerca de 50 mil pessoas, sobre a conformação do Estado Brasileiro. “Funcionou como *input* para as alterações legislativas em saúde no Brasil, ocorridas a partir de 1988”². Neste sentido, é que se afirma que constituições têm força propulsora para os processos políticos e não podem ser consideradas mero formalismo estrutural para a atuação jurídica³.

São notáveis as relações entre a democracia participativa expressa no relatório da VIII CNS e a democracia representativa que legisla em prol de determinar a atuação dos poderes, em relação à saúde.

Levantamento publicado no final do ano 2018, sobre normas editadas no Brasil, afirmou que ‘a legislação é complexa, confusa e de difícil interpretação’ e reverbera tal posicionamento nos números que apresenta: a contar de 5.10.1988, data da promulgação da CF/88, até 30.09.2018 foram editadas 5.876.143 (cinco milhões, oitocentos e setenta e seis mil, cento e quarenta e três) normas, sendo 536 editadas,

em média, por dia ou 774, se considerados os dias úteis. Cada norma possui cerca de três mil palavras e as palavras ‘saúde’, ‘educação’, ‘segurança’, ‘trabalho’, ‘salário’ ou ‘tributação’ ocupam cerca de 45% da legislação; e cerca de 4,13% das normas editadas no período não sofreram nenhuma atualização⁴ – torna incontestado admitir que o Brasil padece de inflação legislativa.

De outro lado, faz-se necessário compreender a lei como intervenção no campo da saúde⁵, o que encontra fundamento na própria Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, que admite a relação entre direito e lei: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

Assim, a inquietação que provocou o estudo, cujos resultados parciais são apresentados neste artigo, pretendeu relacionar a legislação pátria sobre o direito à saúde e a pretensão social descrita no relatório da VIII CNS para responder à pergunta: em matéria de saúde, a democracia representativa respondeu convenientemente aos ditames da democracia participativa relatados no relatório final da VIII CNS? Tal análise revela o encontro das duas vertentes: a democracia participativa ocorrida na VIII CNS e a democracia representativa, representada pela produção normativa constitucional e infraconstitucional, em âmbito federal.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, no âmbito do Direito Sanitário, em que técnicas de pesquisa^{8,9,10} foram associadas para responder questões próprias da saúde coletiva, bem como aquelas

que são de interesse às formas clássicas do direito para levantamento de dados jurídico-legais.

O primeiro passo foi identificar as leis (constituição, leis complementares e ordinárias federais) que exararam determinação direta ou indireta ao sistema de saúde. Para isso, foi pesquisado o conjunto normativo disponível em sítios e/ou portais eletrônicos de acesso público, como o da Presidência da República, acessível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>, e o LexML Brasil, acessível em <https://www.lexml.gov.br>. Não foi considerado, para o objeto do estudo, o arcabouço infralegal da saúde.

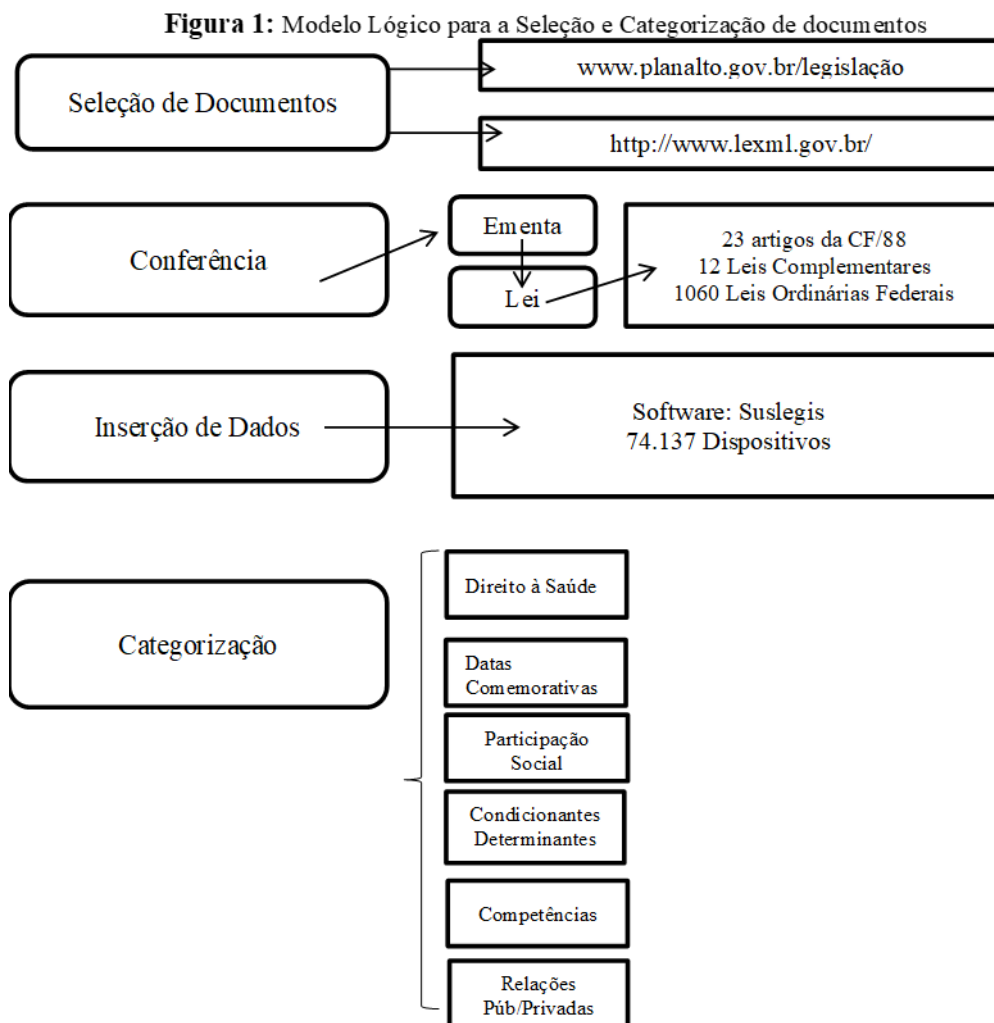
A seleção, por não terem sido utilizados descritores, deu-se a partir da leitura individual de todas as ementas da produção legislativa complementar e ordinária do período compreendido entre 1986 e 2016, com a identificação de conteúdo que referisse o tema 'saúde', buscando a maior quantidade de informações com a mais apropriada pertinência temática. Ainda que divididas em três categorias de análise: (i) Direito à saúde; (ii) Reformulação do Sistema de Saúde e (iii) Financiamento; para fins deste artigo, foi considerado o conteúdo pertencente à primeira categoria e seu respectivo desdobramento em subcategorias de análise.

Para a análise do inteiro teor dos documentos legais, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC)⁵. Conforme as lições de Bardin, a análise de conteúdo consiste em várias técnicas de análise, em especial relacionadas à comunicação, que procuram atingir resultados sistemáticos que colaborem com a produção de inferências, que podem ter foco quantitativo, nos casos em que a abordagem se dá pela frequência das palavras, ou qualitativa, quando da análise de determinadas categorias analíticas. Para a análise, Bardin⁵ sugere três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, que foram seguidas. Nesse mesmo esforço, foi utilizado o *software* NVivo¹² que suporta métodos qualitativos e contribuiu para a organização,

encontro de informações em dados não estruturados, a identificação de palavras-chave, evidenciadas no arcabouço legislativo, e sua respectiva frequência.

O segundo passo foi a identificação dos elementos do relatório da VIII CNS², que passaram a constituir legislação federal. O documento foi dividido em três eixos: Direito à saúde, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor – cujas categorias de análise guardam compatibilidade - importando a este artigo o primeiro eixo.

O terceiro passo foi apontar se as pretensões contidas no relatório da VIII CNS foram ou não convertidas em lei federal. Para essa etapa, foi utilizado o *software* auxiliar do projeto SUS-Legis¹¹, estratégia desenvolvida no Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz), aplicável a aglutinar normativas por similaridade temática, por dispositivos.



Tal como o relatório final da VIII CNS, a legislação estudada foi dividida em três categorias, compatíveis aos eixos do mencionado documento. Entretanto, o excesso de dados não permitiu análise apenas pela categorização, exigindo que fossem divididos os dados em subcategorias.

RESULTADOS

Foram identificados 23 artigos da CF/88, 12 leis complementares e 1060 leis ordinárias, que corresponderam a mais de 18 mil artigos e

mais de 70 mil dispositivos legais (incisos, parágrafos e alíneas), no total. A categoria eleita para a análise – Direito à Saúde – neste artigo foi formada pelo conjunto descrito na tabela que segue:

Tabela 1 – Categoria ‘Direito à Saúde’: Quantidade de leis ordinárias e dispositivos *versus* subcategoria selecionada

Categoria Direito à Saúde		
Subcategorias	Qtd. de Leis	Qtd. de Dispositivos
Participação Social	1	29
Datas Comemorativas	69	193
Competências dos Entes	10	1.047
Relação Público-Privada	22	2.503
Determinantes e Condicionantes	47	4.231
Total	149	8.003

Pelo que se verifica, comparada ao conjunto analisado, a produção legislativa que compõe a categoria ‘Direito à Saúde’ não teve conteúdos tão relevantes, especialmente se for considerada a temporalidade da análise (30 anos) e a necessidade de estruturação de arcabouço jurídico-normativo fundado num paradigma de saúde pública e universalista. Ainda assim, a apreciação realizada a partir do quantitativo de dispositivos demonstra elevado número e extensão textual da categoria sob análise.

O relatório final da VIII CNS² tratou especificamente sobre a Constituinte e a Constituição como elemento jurídico-político imprescindível a garantia da saúde como direito, considerando ainda condicionantes sociais e econômicas, entre outros: “Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: (i) garantir uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; (ii) assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como direito à organização e o direito de

greve; [...] (v) estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; [...] (vii) estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de Saúde”².

Porém, a defesa dos interesses privados esteve na arena de lutas, de forma a opor-se aos interesses por um sistema de saúde totalmente público e universal. Rodriguez Neto¹², para compreender o trajeto do direito à saúde na Constituinte originária, aponta que na área da saúde, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente desempenhou um papel de auscultação da sociedade, cujo relatório serviria como anteprojeto. Sem dúvidas, as considerações transcritas no relatório final da VIII CNS expressaram os ideais do movimento sanitário naquela ocasião da instalação da Comissão da Ordem Social, responsável pela redação final do texto do Título VIII – da Ordem Social.

A legislação estruturante do SUS - com destaque para a Constituição Cidadã e a Lei Orgânica da Saúde - assumiu a pretensão da VIII CNS de que saúde tivesse seu conceito ampliado, tal como pretendeu a OMS, e que o Estado, como é próprio em sistemas universais, ofertasse acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde: “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal, igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.²

O relatório final da VIII CNS, portanto, apresenta formulações que denotam ‘Estado de bem-estar social’, contempladas

transformações nos perfis demográfico e epidemiológico da população, assim como debates em prol da redemocratização que atenta-se para a prestação positiva de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, e não somente o tratamento de doenças.¹³ Mais ainda, confirma que o cidadão, isoladamente, não consegue preencher todos os requisitos necessários ao alcance do conceito ampliado de saúde, sendo necessário a intervenção do Estado na sua concretização e garantia.

Contudo, o estudo também observou uma quantidade de legislação federal em matéria de saúde que pouca efetividade trouxe à efetivação desse direito. Lucchese¹⁴ trata o tema da ‘proliferação legislativa’ a partir do binômio impasse – conquista, demonstrando que o excesso de legislação sanitária pode acarretar “um emaranhado de leis específicas, muitas delas sem função jurídica, que tendem a caducar tendo em vista o detalhamento de caráter técnico ou administrativo que elas trazem”¹⁴.

A organização e análise dos dados agrupados na categoria ‘Saúde como Direito’ foi subdividida em cinco subcategorias: (i) datas comemorativas; (ii) participação social; (iii) condicionantes e determinantes; (iv) relações público-privadas; e, (v) competências, conforme passa a expor.

Subcategoria ‘Datas Comemorativas’

As datas comemorativas denotam legislação simbólica, sem impacto expressivo na concretização de direitos. No campo da saúde, tiveram alta produção legislativa, com o pico entre 2007 e 2010, incorrendo em redução quantitativa após o advento da Lei n. 12.345, de 9 de dezembro de 2010, que determinou critérios para a proposição/aprovação de legislação simbólica, em que pese seu trâmite ainda seja bastante facilitado no Congresso Nacional.

Este tipo de legislação não possui movimentos de oposição e nem debate ideológico, não gera impacto na ordem orçamentária e financeira do país, e pode indicar meramente termos quantitativos de produção legislativa para os parlamentares autores.

Ao considerar que a métrica de avaliação da atividade parlamentar é pautada na quantidade¹⁶ em detrimento da qualidade e dos reais benefícios que as proposições podem trazer à sociedade, as leis simbólicas em saúde oportunizam publicidade e *marketing*, inclusive nas mídias institucionais, para parlamentares e/ou grupos de pressão.

Mesmo que algumas datas comemorativas tenham o condão de despertar na sociedade o ‘estado de alerta’ para ações promocionais ou preventivas em saúde, conferindo utilidade pública para este tipo de legislação, tal pleito não veio expresso no relatório final da VIII CNS. A não ser que sejam efetivamente capazes de atuar como meios para a efetivação de direitos, seu *quantum* é capaz de revelar inequívoco descolamento entre as necessidades sociais e a atuação parlamentar.

Ainda que a inferência permita arriscar na afirmativa do baixo ou nenhum impacto desse tipo de legislação, entender os reais motivos pelos quais o Poder Legislativo federal ocupou-se com as 69 leis simbólicas - com 193 dispositivos - identificadas entre 1986 e 2016, exigiria um estudo específico com matrizes avaliativas capazes de revelar as influências diretas e indiretas entre grupos de pressão e os parlamentares, bem como eventual relação com a concretização de direitos.

Subcategoria Participação Social

A Constituição Cidadã, em seu art. 198, III, dispôs sobre a participação da comunidade como diretriz constitucional que informa as

ações e serviços públicos de saúde e, em 1990, a Lei n. 8.142 veio dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Enquanto o relatório da VIII CNS⁷ pretendeu mobilização social qualificada e contínua em prol da saúde individual e coletiva, em todos os níveis de atenção e para todos os habitantes do território nacional, dos serviços de saúde públicos e essenciais e tais interesses somente foram abarcados, primeiramente pela CF/88 e, depois disso, pela legislação regulamentadora.

Nos 31 anos de produção legislativa federal analisados e que impactou na política pública de saúde, a Lei n. 8.142/1990 não sofreu alteração. Neste sentido a análise resultou em considerar os elementos para tal ocorrência.

Mesmo tendo havido legislação que considerasse diferentes estratégias de participação social - tais como as audiências, consultas públicas, *compliance*, *accountability* - nem o Legislativo, nem o Executivo, nem os próprios conselheiros de saúde buscaram atuar junto ao Congresso Nacional em prol de modernização, nem em prol da transparência, nem pela ampliação das estratégias legalmente estabelecidas (Conferência e Conselho).

Ao considerar que enquanto a legislação simbólica teve aumentos expressivos na quantidade e na diversificação representativa, a participação social no SUS não foi considerada nos interesses dos congressistas, revelando a existência incontestável de fragmentação na luta de interesses, legitimando os pleitos daqueles com maior grau de articulação.

O que se tem é que a participação na política de saúde não deve ser exclusivamente de sanitaristas ou entendidos, e sim, compreendida como bandeira social, em prol da cidadania. Tal entendimento faz de conselhos e conferências *locus* de resistência à redução de direitos com debates mais plurais, formulações mais densas, a luta pela garantia da

efetivação de direitos e, em especial, as proposições avaliativas e não meramente fiscalizatórias - o que se traduz em contínua qualificação dessa diretriz constitucional ¹³

Subcategoria Condicionantes e Determinantes

As relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças foram consideradas na VIII CNS e em seu relatório final: “Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: (i) trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente do trabalho; (ii) alimentação para todos, segundo as suas necessidades; (iii) moradia higiênica e digna; (iv) educação e informação plena; (v) qualidade adequada do meio-ambiente; (vi) transporte seguro e acessível; (vii) repouso, lazer e segurança; (viii) participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; (ix) direito à liberdade, à livre organização e expressão; (x) acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.”²

Observada a produção legislativa, mais de 4000 dispositivos distribuídos em 47 leis apresentaram conteúdo referente à direitos sociais com impacto no campo da saúde.

A pretensão do relatório de que saúde fosse vista em seu aspecto ampliado foi garantida no teor constitucional. A saúde inovou pela articulação sistêmica dos entes federados e propiciou melhoria dos indicadores sanitários, enquanto houve o envolvimento político e social da população com a pauta da saúde. Ainda assim é preciso reconhecer que à política pública de saúde é dado, por vezes, assumir vicissitudes

do vagar das demais, seja pela imposição dos agravos, seja pelas transições demográfica, epidemiológica e tecnológica ¹³

A compreensão sobre os avanços da política de saúde, nas três décadas estudadas, está relacionada à: (i) o *input* constitucional; (ii) inovação do modelo de governança que prima pela articulação sistêmica dos entes federados; (iii) alcance de resultados demonstrado pela melhoria dos indicadores sanitários; (iv) envolvimento político e social da população com a pauta da saúde.

No último item incluiu-se o fenômeno da judicialização da saúde, que, em alguma medida, pode significar a assunção do direito à saúde pelas diferentes camadas sociais inclusive por meio do judiciário, que por sua vez, foi levado a conhecer o sistema público de saúde.

A produção legislativa elencada na categoria 'Saúde como Direito' indicou crescimento do tema 'Determinantes e Condicionantes', especialmente, nos períodos entre 1999 e 2002 e entre 2003 e 2006, ainda assim, não se percebem, atualmente, movimentos que pautem determinantes e condicionantes sociais com a força que pretendeu o relatório final da VIII CNS.

Subcategoria Competências dos Entes

Destaca-se que tanto a lei máxima, quanto a legislação ordinária acolheram os princípios indicados pela VIII CNS: "O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: I-referente à organização dos serviços: a) descentralização na gestão dos serviços; b) integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; c) unidade na condução de políticas setoriais; d) regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; e) participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das

ações de saúde; f) fortalecimento do papel do Município; g) introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.”²

O conjunto normativo que compõe a subcategoria ‘competências dos entes’ diz respeito, em especial, à designação de atribuições aos entes federados, às comissões intergestores e aos conselhos representativos dos entes.

As pretensões da VIII CNS acerca das competências dos entes vieram expressas na descrição do eixo ‘Reformulação do Sistema de Saúde’, quando da leitura do relatório final.² Cumpre destacar que a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) fez o percurso pretendido pela VIII CNS ao reconhecer a existência de condições diferenciadas de gestão em que cada ente se autodeclarava e recebia financiamento compatível ao exercício das atribuições que havia assumido.

Os movimentos redemocratizantes dos anos 1980 acabaram por conferir mais autonomia aos entes subnacionais, o que exigiu legislação com novas regras administrativas e financeiras. Assim, a interpretação sistemática entre a CF/88 e o expresso pelos art. 15 ao 19 da Lei n. 8.080/90 presta-se às noções gerais sobre a responsabilidades dos entes, indicando a União em um papel dirigente e definidor de políticas. Já ao Estado deu funções de coordenação, e ao município, este sim, um prestador das ações e serviços de saúde.

Nessa seara, o conteúdo legal identificado no estudo, que refere 10 leis (cerca de 1040 dispositivos) ainda não é considerado suficientemente preciso para dar conta de tal demanda, sem que sobre ele parem dúvidas e não haja comprometimento acerca do comando único em saúde, para cada esfera de governo. Esse debate, conforme demonstrado no estudo, deve levar em conta elementos importantes:

pacto federativo e a repartição tributária; imprecisão legislativa; e, atuação subsidiária das comissões intergestores.¹³

Cabe realçar a inovadora estrutura de governança do SUS, que estabeleceu comissões intergestores nos níveis estadual e federal, cujo processo decisório prioriza a assunção de responsabilidades e o consenso a partir de representatividade instituída¹⁵.

Portanto, é na esfera de atuação das comissões intergestores que reside a diversidade de características estruturais e sanitárias no território nacional e, conseqüentemente, os conceitos e a implementação da 'regionalização em saúde'. Sem a consolidação e a análise dessas normas infralegais não se é possível qualificar a compreensão de competências entre entes¹⁷.

Subcategoria Relações Público-Privadas

Neste conjunto legislativo composto por 22 leis (e cerca de 2500 dispositivos) estão, desde a admissibilidade constitucional, até relações de mercado e saúde suplementar para o campo da saúde.

A narrativa comparativa entre o que pretendeu o relatório final da VIII CNS² e o cenário legislativo analisado verificou que a lei permitiu primeiramente a atuação concorrencial da oferta privada ao SUS. Posteriormente, passou a permitir modelos de gerenciamento privados, afastando o sistema público da atuação direta e colocando-o, em alguma medida, como regulador.

As relações público-privadas no SUS ensejam análises bastante complexas. O primeiro degrau deve ser, portanto, o que foi exposto por ocasião da VIII CNS: " Este quadro decorre basicamente do seguinte: (i) não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como, por exemplo, o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa; (ii) vigência de uma política

de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde; (iii) debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; (iv) modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor; (v) falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população; (vi) inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho; (vii) controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais; (viii) privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programa de saneamento e habitação; (ix) interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal; (x) excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.”²

Para além da expressão da lei e da pretensão da VIII CNS é preciso reconhecer que os componentes público e privado são interconectados no Brasil: “Contudo, o que se pode dizer e já foi exaustivamente publicado, é que a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância)”¹⁸.

Há que se constatar que, mesmo passadas três décadas, a arena de lutas entre os interesses do mercado e as políticas sociais permaneceu estabelecendo um cenário de contraposição constante entre políticas de austeridade e o *welfare state*, agregados elementos associados ao desempenho econômico dos países e do mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da apresentação da categoria ‘Direito à Saúde’ importa alguns destaques. O primeiro deles é que ao relacionar as subcategorias ‘datas comemorativas’ e ‘participação social’ infere-se que o poder legislativo ‘ocupou-se’ com as leis simbólicas - de pouca efetividade – em detrimento de leis sobre a estruturação e sustentabilidade do sistema público de saúde. Enquanto o pretendido para a participação social no SUS, por ocasião da VIII CNS, requeria intensa ‘politização’ do usuário do sistema de saúde, no sentido do reconhecimento do Estado de bem-estar social e luta em prol da sua manutenção da política pública de saúde, o legislativo deu primazia às leis centralizadoras e de controle burocrático, nem sempre fundamentadas pelas necessidades sanitárias da população.

Ainda que o relatório final da VIII CNS tenha indicado a necessária atuação do Estado para agir em diferentes frentes sociais ‘condicionantes e determinantes’, os achados do estudo indicaram que a política de saúde é mais bem preparada, entre as políticas públicas brasileiras, para contribuir com o desenvolvimento. Conclui-se que as ações estatais interagem e imputam consequências umas às outras.

Já as subcategorias ‘competências dos entes’ e ‘relações público-privadas’, requerem movimentos que confirmam ‘precisão’ ao conjunto legislativo, seja para modernizar a atuação da administração pública, seja para conferir adequação e estabilidade às competências

dos entes subnacionais no campo da saúde, seja para minimizar - o mais possível - a desordem entre o público e o privado é que se alcançará. Somente com esse tipo de atuação é que se alcança o pretendido pela VIII CNS.

É surpreendente a quantidade de leis federais que alcançam o campo da saúde, entretanto, interessam sobremaneira ao SUS, a própria CF/88, as Leis n. 8.080/90 e 8.142/90, a Emenda Constitucional - EC. 29/00 e a Lei Complementar - LC 141/12, pois as demais entrecortaram as categorias estudadas.

O debate que não pode mais ser adiado é a consideração da lei como intervenção do campo da saúde, sua importância e as respectivas avaliações de impacto.

REFERÊNCIAS

- 1- Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil). [Internet]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- 2- Ministério da Saúde (Brasil). Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. [Internet]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
- 3- Wolkmer AC, Fagundes LM. Tendências contemporâneas do constitucionalismo latino-americano: estado plurinacional e pluralismo jurídico. [Internet]; Available from <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2158/1759>.
- 4- Amaral GL, Olenike JE, Amaral LM, Yasbek FS. Quantidade de Normas editadas no Brasil: 30 anos da constituição federal de 1988. Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação. 2018.
- 5- Santos AO, Hartz Z, Delduque MC. Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde. [Internet]; Available from: <https://goo.gl/nXnBHj>.
- 6- World Health Organization. 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva.

- 7- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.
- 8- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.
- 9- Maingueneau D. Novas tendências em análise do discurso. 3 ed. Campinas: Pontes - Editora da UNICAMP; 1997.
- 10- Maingueneau D. Doze conceitos em Análise do Discurso. 1 ed. Sousa-e-Silva MCPd, Possenti S, editors. São Paulo: Parábola Editorial; 2010.
- 11- Lima JA. Projeto SusLegis: consolidação das normas do Sistema Único de Saúde-SUS. Revista de Direito Setorial e Regulatório, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 289-306, Available from: <http://www.ndsr.org/SEER/index.php?journal=rdsr&page=article&op=view&path%5B%5D=353>.
- 12- Rodriguez EN. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- 13- Santos AO. Teses da saúde no relatório final da VII Conferência Nacional de saúde e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada. 2019. 205 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- 14- Lucchese G. Proliferação Legislativa no setor Saúde: conquista ou impasse? Cad. Ibero Am. Direito Sanit [Internet]. 2013, 2(1):1-21. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/27>.
- 15- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet: Online. Séries [Internet]. Available from: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf.
- 16- Paula A. Confira o desempenho dos deputados e senadores eleitos pelo DF [Internet]. Correio Braziliense. 21 jun 2019; Cidades:1. Available from: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2019/06/21/interna_cidadesdf,764561/confira-o-desempenho-dos-deputados-e-senadores-eleitos-pelo-df.shtml.

- 17- Santos AO, Lima JA. Project 'Suslegis': Consolidation of Rules of the Unified Health System (SUS). *Journal of Law and Regulation / Revista de Direito Setorial e Regulatório*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 289-306, may 2018. ISSN 2446-5259. [Internet]. [cited 2019 Fev 5].
- 18- Santos AO, Delduque MC, Alves SM. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(1):e00194815. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194815>.

4

⁴ Data de submissão: 2023
Data de aprovação: 2023
Data de publicação: 2023