

**O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO:
ALGUNS APONTAMENTOS**

Natália Barzaghi
Lucia Cecilia da Silva

Introdução

A história da assistência pública à saúde no Brasil acompanha as transformações econômicas, políticas e sociais sofridas pela organização social do Estado brasileiro. A atual política de saúde no país é instituída por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que teve o seu germe lançado na constituição de 1988 e sua legitimação por meio da lei federal 8.080 de 1990.

O Sistema de saúde brasileiro é referência dentre os sistemas nacionais de saúde no mundo e para sua constituição teve inspiração no modelo britânico e no modelo cubano. A partir do SUS a oferta da assistência à saúde, que outrora esteve vinculada a questões do trabalho, passa a ser responsabilidade do Estado para com todos os cidadãos, sem nenhum tipo de distinção. Outra mudança relevante conquistada pelo SUS diz respeito à descentralização político-administrativa, ou seja, a municipalização dos serviços de saúde traz a gestão para mais perto da comunidade, para que sejam levadas em consideração as características regionais de cada população.

Todos os avanços e conquistas representados pela instituição de um sistema nacional e público de saúde têm suas origens vinculadas a um movimento popular, denominado movimento sanitário, que teve início em meados da década de 1970. A insatisfação com questões tais como a desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações no período ditatorial, fez com que segmentos populares, trabalhadores da saúde e intelectuais se unissem em torno da exigência de melhores condições para o setor (Alves, 2004).

As inquietações e exigências deste movimento ganharam notoriedade durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, considerada um marco para a história da saúde coletiva no Brasil. Uma das maiores inovações deste encontro foi a participação

de milhares de usuários dos serviços de saúde, representantes eleitos pelos movimentos sociais organizados, que tiveram direito, pela primeira vez na história das conferências, a voz e voto o que colaborou substancialmente para a elaboração de um relatório coerente com as demandas da população. Tal relatório influenciou sobremaneira a elaboração da Lei 080 de 1990 que legaliza o Sistema Único de Saúde, de acordo com a lógica da universalidade do acesso, integralidade das ações e participação da comunidade na gestão das políticas de saúde (Alves, 2004).

Os mecanismos de participação popular no SUS, denominados de controle social, foram organizados pela lei federal 8.142 também de 1990, que o institucionalizou por meio de duas instâncias colegiadas, a conferência de saúde e os conselhos de saúde, ambas presentes nas três esferas de governo, municipal, estadual e nacional. As conferências, de periodicidade quadrienal, teriam como objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas, já os conselhos se construiriam enquanto órgãos permanentes e deliberativos. Cabe salientar que a constituição destes espaços obedece a uma ordem paritária em que 50% das vagas são destinadas a representantes dos usuários do serviço de saúde e os outros 50% partilhados entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço do SUS (Brasil, 1990).

Passadas mais de duas décadas do movimento sanitário e da conquista de um sistema de saúde público e universal, alguns desafios são colocados à consolidação deste sistema, dentre eles destaca-se a baixa efetividade dos órgãos de participação popular no SUS, que, por vezes, funcionam de maneira altamente burocratizada e excludente, de modo que os representantes dos usuários do serviço não consigam que suas posições sejam analisadas nos âmbitos em questão, o que promove um esvaziamento destes espaços (Gerschman, 2004).

Entendendo os espaços de participação política na gestão do Sistema Único de Saúde como recintos heterogêneos e de manifestação de interesses conflitantes, por meio da análise do processo histórico de participação popular junto ao Estado Capitalista, levando em consideração o viés classista da sociedade e a constituição do

sujeito enquanto participe deste processo é que se pretende elencar elementos que dêem respaldo a uma análise que se orienta pelo Fatalismo, conceito cunhado por Martin-Baró (1987) a partir do conhecimento por ele produzido acerca da postura dos povos latino-americanos frente à opressão imposta pela sociedade.

Objetivos

O presente trabalho tem por objetivo elaborar uma análise acerca da atual configuração da participação da sociedade civil organizada nos espaços institucionalizados pelo setor da saúde para formulação e avaliação das políticas públicas no Brasil. Para tanto, pretendemos fazer uma aproximação entre os desafios e o esvaziamento destes espaços com o conceito de Fatalismo, desenvolvido por Martin-Baró (1987), levando em consideração as especificidades do desenvolvimento histórico da saúde pública brasileira.

Metodologia

De cunho teórico, o presente trabalho classifica-se enquanto revisão de literatura acerca dos temas pertinentes à discussão do Controle Social em Saúde e à participação política da comunidade.

Resultados e Discussão

Controle Social

O termo controle social deriva da sociologia, a partir da teoria política pode ser compreendido de duas formas contrastantes, dependendo das concepções de Estado e Sociedade civil em questão. Pode ser entendido como o controle do Estado sobre a sociedade ou como o controle da sociedade, por meio de seus setores organizados, sobre ações específicas do Estado (Correa, 2006).

As noções de Estado e Sociedade civil de Gramsci respaldam o entendimento do controle social pretendido pelo SUS. De acordo com Correa (2006), na perspectiva gramsciana, o Estado representa a junção das ações da sociedade política com a

sociedade civil, visando manter a hegemonia de uma classe social sobre a outra, ou seja, o autor defende a não-separação entre política e sociedade, economia e Estado e entende a realidade como a síntese de múltiplas determinações advindas da articulação dialética entre estrutura e superestrutura (Economia, Política e Cultura). Todavia, a sociedade civil não pode ser considerada como homogênea, pelo contrário, é palco de lutas e interesses contraditórios, e a organização política do Estado deve ser entendida como a soma das atividades por meio das quais a classe dirigente justifica e mantém o seu domínio. Para atingir um grau de consenso sobre os governados essa organização incorpora algumas demandas das classes subalternas. Conforme Correa (2006)

Nesta concepção, conclui-se que o controle social poderá acontecer via políticas públicas. Desta forma, o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia. (p. 06)

Nessa perspectiva, é possível localizar os órgãos de controle social instituídos pelo SUS como um novo arranjo de organização política por meio de instâncias participativas resultantes do processo de democratização do Estado brasileiro. Desta forma, vale lembrar que a construção do projeto do SUS remonta à reforma sanitária, movimento social que teve início em meados da década de 1970, e que se vinculou aos movimentos de resistência à ditadura brasileira e construção de um Estado democrático social. Observa-se, assim, que a luta pela universalização dos serviços de saúde foi e ainda é componente integrante da luta pela democracia e a democracia é imprescindível para a garantia da saúde como direito (Fleury, 2009).

Para a compreensão da reforma sanitária é importante que sejam lembrados os princípios que orientaram o processo de contestação da lógica privatista e excludente dos serviços de saúde daquele período. De maneira sucinta alguns princípios podem ser identificados como norteadores dos ideais da reforma sanitária:

- um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença;
- um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação. (Fleury, 2009, p. 478)

Em seu bojo, em período anterior a consolidação do Sistema Único de Saúde, é que tem início a participação popular na construção dos projetos de Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, contou com a participação de milhares de representantes da sociedade civil organizada que junto aos representantes do ministério da Saúde discutiram a conjuntura da política de saúde da época. Desde o início, a prerrogativa da participação popular foi considerada um dos princípios fundamentais para a reformulação e constante construção do sistema de saúde, dado que a partir dela as necessidades da população estariam sendo ouvidas constantemente, promovendo a democratização dos serviços (Correa, 2006).

Desta forma, a participação popular, entendida como um mecanismo de controle e avaliação das políticas públicas em saúde no Brasil, é de grande importância e ganha notoriedade ao se constituir enquanto ligação direta entre organização política estatal e sociedade civil organizada. Conforme Correa (2006):

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. (p. 15)

Controle Social: questões legais

A respeito da regulamentação da participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz em seu artigo 198 que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; *III- participação da comunidade*. (Brasil, 1988)

Posteriormente é sancionada a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, elaborada sob inspiração do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, regula as ações e serviços em saúde em todo território nacional. No que diz respeito ao controle social, há uma menção no capítulo II Artigo 7º inciso VIII que insere a participação da comunidade entre os princípios do SUS (Brasil, 1990).

Todavia, é só com a promulgação da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde é devidamente regulamentada, sendo colocada já no primeiro artigo:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. (Brasil, 1990a)

Fica nítido que é a partir deste momento que o controle social surge efetivamente na história da política de saúde no Brasil. Outro ponto importante da Lei 8.142 é a questão do financiamento das ações, para que haja transferência de recursos

entre as esferas governamentais é necessário que haja, dentre outras coisas, um conselho de saúde com composição paritária (Brasil, 1990a).

A composição paritária, tanto dos conselhos de saúde quanto das conferências de saúde, é definida a partir da seguinte lógica: 50% das vagas são destinadas a entidades representantes de usuários, 25% de entidades representantes dos trabalhadores de saúde e 25% de entidades representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Cabe salientar que a participação nestas instâncias é representativa, de modo que as entidades que podem ser nomeadas estão entre os seguimentos: associações de portadores de patologias; associações de portadores de deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da área de Saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; comunidade científica: de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; de Governo.

Controle social hoje: avanços e desafios

Em estatísticas do ano de 2006, havia no Brasil 5.537 conselhos municipais de saúde, o que implica em dizer que a maioria dos 5.560 municípios brasileiros contavam com esta organização. Por consequência, o número de sujeitos envolvidos diretamente nesse processo é também muito alto, no total eram 87.212 conselheiros de saúde, sendo 798 atuantes nos conselhos estaduais e 86.414 nos conselhos municipais de saúde (Correa, 2006).

Embora os números possam parecer animadores, a realidade dos conselhos de Saúde é bastante diferente do ideal sanitarista, pois mesmo institucionalizado a partir de uma formalização nacional, os conselhos e conselheiros têm suas práticas arraigadas em

um processo político permeado por inúmeras iniquidades, e os desafios para a efetivação do controle social como instância que, de fato participa da gestão da política de saúde, são inúmeros (Guizardi & Pinheiro, 2006).

Mesmo se tratando de um regime democrático, o histórico das relações político-sociais é fortemente marcado pelo caráter submisso e os direitos, por vezes, identificados como favores concedidos pelo poder público, o que configura uma democracia extremamente simbólica, baseada numa hierarquia social altamente polarizada, assim temos o seguinte panorama social:

É uma sociedade na qual as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relações de hierarquia, mando e obediência (situação que vai da família ao Estado, atravessa as instituições públicas e privadas, permeia a cultura e as relações interpessoais). ... Todas as relações tomam a forma da dependência, da tutela, da concessão, da autoridade e do favor, fazendo da violência simbólica a regra da vida social e cultural. Violência tanto maior porque invisível sob o paternalismo e o clientelismo, considerados naturais e por vezes, exaltados como qualidades positivas do caráter nacional. (Chauí citada por Guizard & Pinheiro, 2006, p. 799)

A partir do que considera um engodo social, Gerschman (2004) lança alguns questionamentos acerca do verdadeiro papel político dos conselhos e da natureza da representação social exercida pelos conselheiros, questiona também a efetividade destes órgãos levando em consideração sua formulação e composição. O autor aponta uma série de deficiências, com destaque para a baixa capacidade dos conselheiros representantes dos usuários influenciarem nas decisões dos conselhos.

Dentre os motivos apontados para explicar tal fato, encontra-se a falta de informação por parte dos conselheiros, do próprio papel executado, muitos deles acreditam que sua função se resume a legitimar decisões tomadas de antemão pelos

representantes do governo. Segundo o autor, a “partilha do poder” é um dos eixos mais problemáticos para o sucesso das ações dos conselhos, isto porque nestes espaços estão em jogo diferentes interesses e concepções políticas e ainda há a presença de características autoritárias de exercício da política por parte daqueles que representam os governantes, que agem no sentido de tutelar os representantes dos usuários nestes espaços (Gerschman, 2004).

Correa (2006) também lança alguns apontamentos acerca dos principais entraves ao controle social em saúde:

A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido. (Correa, 2006, p. 20)

Mesmo com a garantia de metade das vagas no conselho social, os representantes dos usuários não conseguem exercer sua real função dentro dos órgãos em questão, de modo que não existe uma correspondência direta entre a porcentagem de representantes e capacidade de intervenção nestes espaços, haja vista que pretender uma igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela fosse capaz de superar um longo processo sócio-histórico permeado de inúmeras desigualdades (Guizardi & Pinheiro, 2006).

Carvalho (1997) propõe que para a análise destas relações institucionais devem ser observadas as características de não neutralidade do Estado, ou seja, seria ingênuo pensar que a organização estatal não se utilizasse de instrumentos que impedisse o fortalecimento das ações do controle social. Segundo o autor:

Como se, a partir do mero funcionamento regular dos Conselhos, do cumprimento de suas prerrogativas legais, o Estado “se corrigisse” e passasse a funcionar segundo os interesses da maioria. Embora tal imagem possa favorecer o proselitismo participatório, atraindo segmentos sociais ansiosos por colocar suas demandas junto ao aparelho estatal, até então impermeável a elas, na verdade, ela se mostra insuficiente para dar sustentação ao funcionamento estável dos Conselhos. Diante da inefetividade desses órgãos em satisfazer as demandas finalísticas a eles submetidas, os representantes de segmentos podem reduzir suas expectativas, gerando seja o esvaziamento dos Conselhos, seja uma adaptação conformada a seus limites como arenas decisórias. (Carvalho, 1997, p. 97)

A partir das perspectivas teóricas apresentadas, nota-se que a institucionalização dos órgãos do conselho social do Sistema único de Saúde, sobretudo dos conselhos de saúde, não funcionam por si só como reorganizadores das políticas públicas e contam com toda sorte de obstáculos para sua efetivação.

Uma das características mais importantes para compreender tal processo é a ambigüidade destes órgãos, se por um lado podem ser considerados como possibilidade de expressão política das classes dominadas na luta pela garantia de seus direitos, por outro podem se efetivar como organizações privilegiadas de controle e ratificação da hegemonia do capital.

Todavia, não se pode desprezar a potencialidade destas organizações e a importância da participação da classe trabalhadora nestes espaços, embora há de se

levar em conta que o controle social está inserido na lógica de um sistema opressor. Este caráter contraditório não pode ser esquecido, como afirma Correa (2006):

Estes mecanismos podem se constituir em instrumentos de gestão ou de resistência à reprodução ampliada da acumulação do capital quando denunciam a aplicação do fundo público no financiamento desta. É nesse sentido, que estes devem ser fortalecidos e ampliados. (p. 26)

Pensando nas dificuldades de legitimação do poder dos usuários do serviço de saúde nos espaços criados para o controle e avaliação das políticas públicas e tendo como pano de fundo a informação de que estes órgãos se encontram por vezes esvaziados de representatividade e de sua real função, parece-nos possível traçar um paralelo com algumas características dos povos latino-americanos identificados por Martin-Baró (1987) por meio do conceito de Fatalismo.

A síndrome fatalista

Segundo Martin-Baró (1987) o vocábulo fatalismo deriva do latim *fatum* e remete à noção de inevitável e infeliz. Trazido para o caráter social o fatalismo representa uma compreensão da existência humana através da predeterminação do destino, ou seja, não há nada a se fazer frente à inevitabilidade dos fatos. Em sua análise sobre os povos latino-americanos, o autor aponta que o fatalismo se converte em uma postura do sujeito frente à vida, que, por consequência, é expresso por meio de características como o conformismo e a resignação.

O fatalismo pode ser identificado a partir de ideias, sentimentos e comportamentos que correspondem à caracterização da atitude fatalista. As ideias mais comuns associadas ao fatalismo correspondem a de que a vida dos sujeitos está pré-determinada desde o seu nascimento e o viver é apenas o desenvolvimento de um destino, sendo este regido por forças superiores. Neste sentido, não há nada que as pessoas possam fazer para que suas histórias sejam alteradas, ademais a forte

religiosidade dos povos latino-americanos implica na crença de um Deus onipotente que não aceita ser questionado. Os sentimentos advindos do fatalismo são os de resignação, sem qualquer traço de rebeldia, perante o destino e conseqüente aceitação do sofrimento causado pelo mesmo. Tais ideias e sentimentos produzem padrões de comportamento vinculados a elas, expressos por meio do conformismo resignado, da passividade, e de atitudes vinculadas apenas ao presente, sem a dimensão do passado ou do futuro (Martin-Baró, 1987).

De acordo com o autor, a síndrome fatalista deve ser compreendida em consonância com o contexto social, assim, aponta que tanto a continuidade quanto a reprodução do fatalismo não estão somente vinculadas a transmissão cultural dos povos pobres, pelo contrário, tal síndrome:

...el fatalismo constituye una relación de sentido entre las personas y un mundo al que encuentran cerrado e incontrolable, es decir, se trata de una actitud continuamente causada y reforzada por el funcionamiento opresivo de las estructuras macrosociales. (Martin-Baró, 1987, p. 148)

Em relação ao fatalismo, Martin-Baró (1987) identifica a existência de um correlato psíquico para tal fenômeno social. O autor pontua que cada organização social estimula determinados tipos de atitude ao passo que coíbe e até mesmo castiga outras. Nesta acepção, o autor enfatiza que havendo diferenças entre as classes sociais haverá também diferenças nestas estruturas correlatas.

A partir da perspectiva dialética entre a síndrome fatalista e a organização social, tem-se o fato da utilização do fatalismo como arma ideológica das classes dominantes, a medida que o mesmo justifica o conformismo e a submissão e estimula comportamentos dóceis na classe dominada (Martin-Baró, 1987).

Porém, além de ser heterogênea e aparecer em diferentes níveis e facetas, a atitude fatalista não é natural dos povos latino-americanos, o que implica que é passível de mudança, que reside na dialética entre mudanças sociais e individuais, assim:

La eliminación del fatalismo no puede, entonces, plantearse como una cuestión alternativa de cambiar al individuo o cambiar sus condiciones sociales; de lo que se trata es de cambiar la relación entre la persona y su mundo, lo que supone tanto un cambio social. Para que las mayorías latinoamericanas puedan eliminar su fatalismo no solo hace falta que modifiquen sus creencias sobre el carácter del mundo y de la vida, sino que tengan una experiencia real de modificación de su mundo y determinación de su futuro. (Martin Baró, 1987, p. 156)

Para a ruptura e superação do fatalismo, Martin-Baró (1987) aponta três importantes mudanças a serem alcançadas. É preciso que haja uma recuperação da memória histórica, tanto individual quanto coletiva, a fim de que as raízes históricas dos processos sociais sejam desveladas. Também é necessário que existam organizações sociais das maiorias populares em torno de seus ideais e necessidades para que o individualismo possa ser transposto por meio de uma prática de classe, levando em conta que: *“ningún sentido tendría una consciencia histórica que no se operativizara en la búsqueda de una nueva identidad social, o la organización que no se materializara en actividades en beneficio para los sectores populares que rompan el círculo vicioso de su pasividad y marginalización”* (Martin-Baró, 1987, p. 158).

Considerações finais

A partir da apresentação da forma com que foram institucionalizados os órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde, de sua atual conjuntura e do conceito de fatalismo é possível fazer algumas aproximações entre a falta de efetividade dos espaços destinados à avaliação das políticas públicas de saúde e as características da síndrome fatalista apresentadas por Martin-Baró (1987).

Os representantes dos usuários do serviço de saúde brasileiro podem ser identificados com o *latino indolente* descrito pelo autor, suas condições materiais de

existência e as consequências da relação opressora imposta pelo Estado desde os primórdios da colonização podem explicar as inúmeras dificuldades advindas da suposta passividade dos sujeitos. Os mecanismos de participação social, embora desenvolvidos por meio do movimento sanitário em um momento de efervescência política no país, destoam da realidade infringida historicamente ao povo brasileiro.

O fatalismo tem sua significância verdadeira quando se constata que a realidade social é de fato opressora e excludente, e que milhares de sujeitos nascerão em condições de extrema pobreza e assim também terminarão suas vidas, e que, sozinhos, pouco podem fazer para a mudança desta situação. Assim também é a relação do povo brasileiro com os órgãos responsáveis pela saúde pública. Ora, antes da institucionalização do Sistema Único de Saúde, apenas aqueles sujeitos com um vínculo formal de trabalho tinham direito a serviços, medíocres, de assistência à saúde. Não é preciso muito esforço para notar que a parcela da população que mais demandava pelo serviço público de saúde era excluída *a priori*.

Por meio de uma abstração, e como se fosse possível separar a história da dominação política do histórico das ações de saúde destinadas à população brasileira, é possível traçar um paralelo igualmente perverso entre tais pontos, ou seja, o setor saúde historicamente oprimiu e excluiu a classe trabalhadora. Neste sentido, a falta de interesse pelo desenvolvimento do sistema de saúde por parte da classe oprimida pode ser considerada uma resposta justificada pelo descaso para com suas necessidades.

Mas, Martin-Baró se remete a Fanon, ao lembrar que a classe oprimida pode até estar dominada, mas nunca será domesticada e que a rebeldia só precisa ser despertada. Ou seja, nem tudo está perdido. Não se pode desprezar o avanço institucional representado pela legitimação de um espaço político de participação popular junto a gestão do poder público, e muito menos o movimento responsável por todas estas alterações no setor saúde.

Desta forma, é possível novamente aproximar as proposições de Martin-Baró do contexto da saúde pública brasileira, o autor propõe mecanismos para a superação da

síndrome fatalista e podemos entendê-las também como vias de acesso a efetivação dos órgãos de controle social do SUS.

Superar o “presentismo” das ações em saúde pode ser entendido como a valorização e publicização da reforma sanitária brasileira, identificada como um dos maiores e mais vitoriosos movimentos populares do país, que, por vezes, nem sequer é conhecido pela população. Aprender o Sistema Único de Saúde como uma conquista popular e um processo em construção, seria importante na direção da não naturalização desta conquista e do empoderamento do sujeito e seu papel social. Imprescindível também seria a pactuação e construção conjunta de projetos por parte dos movimentos populares representantes dos usuários do serviço de saúde, superando os interesses pautados no individualismo e com ações coletivas baseadas na representatividade de classe. Deste modo, a constituição paritária destes espaços seria de fato vantajosa para a classe oprimida.

A consolidação de um sistema de saúde de orientação socialista em uma realidade neoliberal é um dos maiores desafios colocados ao Sistema Único de Saúde no Brasil, porém, seus avanços são inegáveis e seu caráter inacabado e em constante construção implica na necessidade de um processo de luta contínua. A reforma sanitária não termina com a institucionalização do SUS, pelo contrário, seus ideais devem permear as ações de todos os sujeitos envolvidos neste processo, sejam eles trabalhadores do sistema, gestores públicos ou usuários, que somos todos, dado o caráter universal da saúde pública brasileira.

Referências

Alves, V. S. (2004). *Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado do programa saúde da família*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* (DOU). 1990.

Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União* (DOU). 1990a.

Carvalho, A. I. (1997). Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.

Correa, M. V. (2006). Controle social na saúde. In A. E. Mota e cols (Org.), *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez

Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: Dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(3), 743-752.

Gerschman, S. (2004). Conselhos municipais de saúde: Atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 20(6), 1670-1681.

Guizardi, R. F., & Pinheiro, L. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(6), 797-805.

Martín-Baró, I. (1987). El latino indolente. In M. Maritza (Org.), *Psicologia Política Latinoamericana*. Caracas-Venezuela: Editorial Panapo.

EIXO TEMÁTICO: PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS