

PARTICIPAÇÃO E PLANEJAMENTO NO SUS: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE*

PARTICIPATION AND PLANNING IN SUS: CONSIDERATIONS FROM NATIONAL HEALTH PLANS

Tânia Regina Kruger¹

RECEBIDO EM: 21/07/2020 | ACEITO EM: 28/09/2020

DOI: 10.5902/2317175848279

RESUMO

O presente texto tem como objetivo apreender as referências ideopolíticas em relação aos espaços de participação no SUS. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental por meio dos Planos Nacionais de Saúde de 2004 a 2023, principal instrumento de gestão do sistema público no país. A participação na gestão e no planejamento do SUS não é apenas um processo jurídico-institucional, mas, desde o Movimento da Reforma Sanitária, tem o objetivo de recuperar a dívida histórica de autoritarismo e falta de participação popular na administração pública do país. Por isso, a participação da comunidade na política de saúde emergiu com um radical sentido democrático-popular e ao longo dos 32 anos do SUS acompanha diversas tendências teórico-políticas. Este estudo evidencia que as referências aos espaços de participação nos Planos Nacionais de Saúde reproduzem o requisito legal da participação no SUS e a progressiva perda do sentido da radicalidade democrática que o estruturou. As diretrizes até 2016 propunham em grande medida um fortalecimento genérico da participação no SUS, para contemplar segmentos historicamente excluídos, melhorar a infraestrutura dos colegiados e realizar capacitações. Por fim, o Plano Nacional de Saúde de 2020 a 2023 aponta para um apagamento do sentido democrático da participação, do Estado de Direito, reproduzindo passivamente apenas as referências legais do Conselho e Conferência de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Planejamento; Participação; Conselhos; Conferência.

* Este texto é parte dos resultados do projeto de pesquisa: As tendências teórico-políticas do debate sobre a participação popular no SUS, aprovado na Chamada N° 12/2017 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq), Bolsa PQ2 do CNPQ, Número 307729/2017-6.

¹ Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1990), mestrado em Educação e Cultura pela Universidade do Estado de Santa Catarina (1998) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2005). Pós doutoramento no Centro de Estudos Sociais- CES - Universidade de Coimbra. (2018). Docente Associada dos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

This text aims to apprehend the ideopolitical references in relation to the spaces of participation in SUS. This is a bibliographic and documentary study through the National Health Plans from 2004 to 2023, the main instrument for managing the public system in the country. Participation in the management and planning of SUS is not just a legal-institutional process, but it has the objective, since the Health Reform Movement, to recover the historical debt of authoritarianism and lack of popular participation in the public administration of the country. For this reason, the participation of the community in health policy emerged with a radical democratic-popular sense, and over the 32 years of SUS has followed several theoretical and political trends. This study shows that the references to spaces for participation in the National Health Plans reproduce the legal requirement for participation in SUS and the progressive loss of the sense of democratic radicalism that structured it. The guidelines until 2016 largely proposed a generic strengthening of participation in the SUS, to include historically excluded segments, improve the infrastructure of collegiate bodies and conduct training. Finally, the National Health Plan from 2020 to 2023 points to an erasure of the democratic sense of participation, the rule of law, passively reproducing only the legal references of the Health Council and Conference.

Keywords: Unified Health System; Planning; Participation; Councils; Conference.

1 Introdução

As reformas dos sistemas de saúde das últimas 4 décadas introduziram mecanismos participatórios, de diferentes formatos e dimensões. Nesse contexto, no Brasil, a participação se tornou um princípio constitucional (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL 1990b) para as políticas sociais. Na realidade brasileira, os movimentos sociais em luta pela redemocratização do país evidenciaram a cultura política de parca herança de participação popular nas decisões sobre os serviços públicos e reivindicaram a participação da sociedade como um princípio. A partir destas macrorreferências, neste texto desejamos compreender como os Planos Nacionais Plurianuais de Saúde refletem e tratam os espaços de participação no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, por meio de um estudo bibliográfico e documental, buscamos evidenciar e analisar se a concretização do direito à participação nas decisões sobre os serviços do SUS está indicada no principal instrumento de gestão da política nacional de saúde.

Inicialmente esclarecemos que tratar dos Planos Nacionais de Saúde e da participação na saúde não está desvinculado de um conceito de política social. Avalia-se como democrática a política social com gestão estatal e redistributivista para redução das desigualdades. É a política social que se materializa pelo universalismo de direitos, a garantia da proteção e da promoção social, de caráter público e com gestão estatal. Não separamos política social e política econômica, pois ambas fazem parte da mesma totalidade da riqueza social e da gestão pública. A realização de políticas sociais democráticas e universalistas para viabilização e reprodução da força de trabalho e superação das desigualdades pressupõe lançar mão de políticas sociais e econômicas que se organizam na distribuição da riqueza socialmente produzida (BEHRING, 1998;

SALVADOR, 2012; PEREIRA, 2013). E é nesta perspectiva que analisamos o planejamento e a participação em saúde. Do ponto de vista da gestão pública e democrática, estes são dois temas caros às lutas democrático-populares. Com a análise, pretende-se avançar para além do planejamento formal e normativo, da participação passiva, executiva ou do ativismo participacionista.

Pensar, planejar, determinar o financiamento, decidir sobre as prioridades, executar e avaliar serviços públicos de saúde não é área exclusiva de uma ciência, de uma categoria profissional, ou de um grupo de especialista ou gestores, é uma função que diz respeito à totalidade social. Os processos de planejamento refletem os diferentes interesses envolvidos no Estado e na política social, mas na perspectiva desse texto não deve ser um instrumento de adequação da demanda (necessidades sociais) aos recursos disponibilizados. Por isso, o planejamento e participação nos espaços da saúde pública não estão circunscritos à arquitetura institucional do Estado, nem limitados à perspectiva política de uma gestão, mas dizem respeito ao conjunto da cidadania (KRUGER e BONIN, 2015).

Apesar de previsto para iniciarem após regulamentação do SUS (em 1990), os Planos Plurianuais emergem a partir dos anos 2000. Assim, o primeiro Plano Nacional de Saúde do Brasil é de 2004, por isso este texto trata dos PNS de 2004-2007, 2008/2009-2011, 2012-2015, 2016-2019 e 2020-2023.

Desse modo, o presente texto tem como objetivo analisar nos Planos Nacionais de Saúde as referências ideopolíticas em relação aos espaços de participação. O estudo desses cinco grandes instrumentos de gestão aconteceu por meio de uma identificação geral de governo, período e aprovação no Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, houve uma apreciação geral, mas com maior concentração e busca das referências sobre a participação na introdução, no diagnóstico sobre a gestão do SUS, nos objetivos, diretrizes, ações e metas. Na leitura atenta desses documentos, a participação da comunidade a partir do seu sentido constitucional (BRASIL, 1988) foi identificada nas seguintes expressões: participação, participação social, participação popular, gestão participativa, controle social, conselho de saúde e conferência de saúde.

Este texto se estrutura do seguinte modo: inicialmente o objetivo nos impõe apresentar o entendimento de planejamento e a participação em saúde para além dos usos no senso comum para ações da vida cotidiana. Na sequência, apresentamos os cinco Planos Nacionais de Saúde do Brasil e as referências sobre o tema participação. Por fim, ensaios reflexivos sobre as concepções sobre participação e saúde, e as sinalizações a partir das políticas regressivas constrangedoras da participação adotadas desde 2019.

2 Planejamento público e planejamento em saúde

Inúmeros são os conceitos e perspectivas técnicas sobre o planejamento que encontramos na literatura, sobretudo na área da administração. Neste

texto, entretanto, trabalharemos apenas a partir de alguns conceitos que podemos vincular às políticas públicas.

O Planejamento se constitui em ferramenta de gestão para escolher a direção social, orientar a tomada de decisões, estimular a convergência de esforços e focalizar a atenção nos fatores-chave de uma determinada instituição ou política social. O Planejamento representa um conjunto de prioridades e decisões que orientam a construção de um serviço, num horizonte de tempo e em determinada conjuntura. As prioridades e decisões arroladas no processo podem refletir a direção social de um trabalho, de uma instituição ou de uma política de Estado (KRUGER e BONIN, 2015).

Na administração pública o planejamento é, sobretudo, uma decisão e uma escolha política que está longe de ser consensual e retilínea. O planejamento significa, então, uma intervenção e uma mediação técnico-política da estrutura administrativa do Estado para desenvolver e implementar políticas públicas econômicas e sociais. Conforme as escolhas técnicas e políticas, a periodicidade e regularidade do planejamento no setor público pode permitir que gestores, equipe técnica e os demais segmentos ou usuários participem do processo.

Assim, a delimitação dos objetivos e ações não pode perder a sua direção social, os aspectos socializantes do usufruto dos direitos sociais e econômicos da riqueza social produzida pela sociedade. Para além de planejamento de cúpula governamental, normativo ou de gerência da crise, entendemos que todos estes momentos do planejamento, na sua dimensão técnica, financeira, política e intelectual, não podem se desvincular dos processos participativos, na realização do diagnóstico, da tomada de decisão sobre os objetivos, ações e metas e na avaliação da implementação (CARDOSO JR e CUNHA, 2015, KRÜGER e REIS, 2019).

A perspectiva aqui é que o planejamento público, de base democrático-popular estruturado organizacionalmente de modo não estritamente setorial, reflita um projeto de desenvolvimento estratégico nacional e uma perspectiva ético-finalista de satisfação das necessidades da população. Compreendemos também que o planejamento na política social pode ser um instrumento de materialização dos direitos sociais, assumindo, portanto, um caráter estratégico de luta social e política para ampliação da cidadania e da democracia. É um instrumento de gestão que resgata a articulação dialética entre política/finalidades e utilização de recursos/meios/técnica em diálogo com as necessidades sociais coletivas (GIOVANELLA, 1990, GARCIA, 2015, CARDOSO JR e CUNHA, 2015).

No âmbito da saúde, o planejamento acontecia numa lógica de administração sanitária e sintonizada com o planejamento normativo nacional (TEIXEIRA, 2010). Seguindo os princípios da administração pública definidos em 1988 quanto à municipalização e à descentralização da gestão e do financiamento, a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990) dispõe que entre as atribuições dos três

entes federados está “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (artigo 15º). Também o artigo 36 destaca que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos e veda a destinação de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais.

A elaboração e aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de governo possui uma vinculação direta com os espaços de participação no SUS. O artigo 36 acima destaca que os órgãos deliberativos serão ouvidos, e o art. 37 prevê que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (BRASIL, 1990a). Mas a lei 8.142/1990 avançou e ressaltou o caráter permanente e deliberativo do Conselho de Saúde que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

Portanto, vimos nesse arcabouço legal do SUS uma imbricada vinculação entre planejamento e os espaços de participação.

3 Participação: significados no SUS

O termo participação nas mais diferentes correntes teóricas e políticas, nos discursos que envolvem o setor público e o privado, seja da área social, econômica ou política, seja nos movimentos sociais ou na academia, é um termo presente e valorizado; no entanto, seu sentido não é autoexplicável como parece. O uso do termo participação, por vezes, é tão impactante em determinados discursos político-institucionais que esconde sua materialidade e sua intencionalidade política. Com repetições estereis e uso generalizado, o seu conceito se torna pouco específico e impreciso, a tal ponto que parece não existirem sujeitos históricos em processo de participação e transformação, e sim um fluxo natural de participação e pertencimento (FONTES, 2020; DANTAS, 2014; MARICATO, 2012).

A participação passa a ser um princípio e um direito social inscrito na Constituição de diferentes países para a consulta, a fiscalização e/ou deliberação sobre as políticas sociais. Contudo, a facilidade de assimilação e imagem positiva (quase afetiva) que o termo participação vem apresentando desde a década de 1960 sugere que a sua conceituação científica e política tenha sido secundarizada, suscitando, por sua vez, um comportamento de adesão *participativista* involuntário. Vindo de todos os lados, a defesa da participação virou quase uma unanimidade. E não será ousado dizer: essa difusão quase esterilizou a bandeira da participação vinculada às lutas progressistas dos trabalhadores por seus direitos sociais e políticos (KRUGER e OLIVEIRA, 2019).

Contemporaneamente, o sentido da participação vem sendo debatido

por vários autores, dentre os quais se destaca Ermínia Maricato (2012), no texto *Nunca fomos tão participativos*. Considerando existir um universo participativo, a autora nos convida a refletir:

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

Os movimentos do universo participacionista, segundo a autora, estão ocupados com questões relevantes, tais como gênero, raça, meio ambiente, saneamento, habitação e outros. Porém, a visão prevalecente do participativismo leva os movimentos a se ocuparem com a busca de melhores condições de vida contidas nos limites de um horizonte restrito, de modo a compor um cenário dividido e fragmentado, no qual a parte é tomada pelo todo, sem tratar do presente ou do futuro da sociedade e das determinações do capitalismo.

Militantes de esquerda e de direita, organizações e partidos políticos dos mais diversos matizes ideológicos têm contribuído para o sustento do ideário participativo com perspectivas e propósitos distintos. “Não se trata, pois, de negar a polissemia do binômio participação/democracia. São evidentemente conceitos apropriados por diferentes tradições de pensamento e úteis para também diferentes posições de classe” (DANTAS, 2014, p. 133).

Nos anos 2000, a ampliação do entendimento sobre a participação tem romantizado a sociedade civil, porém sem colocar em xeque as consequências da dominação econômica, fato que contribui para a despolitização da luta de classes. Toda e qualquer participação que se contentar somente com o local, e não com o central, corre o risco de ser capturada pela ideologia burguesa ao ter seu potencial de luta de classes diluído na prática participativa isolada e apequenada, tornando-se, contraditoriamente, bandeira universal, posto que inofensiva à sociedade do capital (DANTAS, 2014).

A possibilidade jurídico-formal desse universo participacionista nas políticas sociais tem promovido, em certa medida, a socialização da política, mas não a socialização do poder de decisão político (NETTO, 1990), e tampouco uma apropriação social das estruturas de poder dos governos e do Estado (COUTINHO, 2008). Entende-se aqui que as estruturas de poder dos governos e do Estado não apropriadas socialmente são as seguintes: as escolhas dos Ministros e Secretários de Estado, chefes e membros dos Tribunais de Justiça e de Contas; os instrumentos de gestão do executivo (Planos Plurianuais, Relatórios de Gestão e Lei de Diretrizes Orçamentárias), emendas parlamentares, fontes de financiamento, critérios de divisão orçamentária entre as esferas de governo e entre os serviços públicos, e outras.

Assim, à luz das reflexões acima, compreende-se os espaços institucionalizados de participação popular nas políticas públicas como espaços de socialização da política, especialmente em uma sociedade que, historicamente, excluiu a maioria da população das decisões sobre as políticas públicas e se forjou pelo autoritarismo e centralismo político. A igualdade jurídica dada na Constituição - própria da cidadania liberal - tem essencialmente sua materialização limitada pela estrutura econômico-social. Todavia, quando estes espaços de participação emergem vinculados à radicalidade da democracia popular, e não se apequenam as pautas locais e setoriais, existirão possibilidades de generalizar e intensificar o reconhecimento dos direitos de cidadania. A história das sociedades evidencia que a igualdade jurídica e a cidadania liberal ora alargam a correlação de forças e os direitos sociais e econômicos, ora a restringem ou anulam. As necessidades de reprodução ampliada do capital, contemporaneamente, estão colocando inúmeros limites à ampliação da igualdade jurídica, da cidadania e da socialização do poder de decisão nas políticas sociais (BRASIL 2019; REDE APS, 2019).

Embora na presente discussão estejam evidenciados as contradições e os limites dos espaços de participação popular, tais espaços são fundamentais à luta da classe trabalhadora. Não se trata de uma luta de naturalização da desigualdade, bem ao gosto do fervilhante mundo participacionista vinculado à classe média e ao mundo empresarial, que exemplificamos com os movimentos Todos pela Educação (2020), Todos pela Saúde (2020), Instituto Update (2020), e Instituto Ethos (2020). Mas muitas interrogações se colocam: como pode haver, nos espaços colegiados de participação, a mesma concepção de liberdade, de igualdade e de direitos entre trabalhadores da construção civil, pequenos agricultores, indígenas, negros, migrantes, comerciários, empresários e portadores de patologias? De que maneira estes diferentes sujeitos sociais podem fazer pactos e tomar decisões por consenso? Possuem a mesma concepção e as mesmas necessidades de saúde?

A igualdade jurídico-formal dada a estes segmentos sociais minoritários e empobrecidos nos espaços institucionalizados de participação não forja igualdade na distribuição da riqueza social, mas oculta a desigualdade da sua distribuição por meio da retórica da equidade. Ou, conforme avalia Fontes (2020), a sociedade burguesa a estimula e difunde práticas de associatividade e participação social que supostamente asseguraram melhoras para a vida social, mas essencialmente estão voltados para a 'esterilização' das lutas de classes.

Para Mota (2008), está em curso o processo de despolitização da luta de classes e do caráter classista das desigualdades sociais via consolidação de uma nova estratégia de dominação política, reveladora de uma *pedagogia da hegemonia*, que descoloca as expressões da questão social da relação capital e trabalho e as apresenta como sinônimo de excluídos, incluídos, vulneráveis ou empoderados.

Assim, os espaços de participação popular devem ser compreendidos como instâncias contraditórias, nas quais as vontades das classes expressam as

diferenças sociais, contudo estão abertas à construção da história, e não apenas à legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade. No caso, destacamos o potencial relativo dos espaços institucionalizados do SUS, igualmente espaços contraditórios em decorrência de sua correlação de forças e composição.

4 Planos Nacionais de Saúde e participação

Os Planos Nacionais de Saúde 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019 e 2020-2023 que foram analisados são documentos públicos e estão disponíveis na internet. Na sequência faremos uma breve apresentação dos Planos de cada período e das referências sobre os espaços de participação que neles se colocam.

Quadro 1 – Planos Nacionais de Saúde por período e governos de elaboração

Plano e período	Presidente	Ministro da Saúde	Conselho Nacional de Saúde - CNS
Plano Nacional de Saúde/PNS: um Pacto pela Saúde no Brasil 2004-2007	Luiz Inácio Lula da Silva – PT 01/01/2003-01/01/2011. Vice José de Alencar - PMDB	Humberto Costa 01/01/03 a 08/07/05	Aprovado em 04/08/2004 e publicado no DOU dia 10 /12/2004 (Portaria n.º 2.607/2004).
Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011	Luiz Inácio Lula da Silva – PT 01/01/2003-01/01/2011. Vice José de Alencar – PMDB (faleceu 29/03/2011)	José Gomes Temporão 16/03/07 a 31/12/10	Apresentado em agosto e aprovado em outubro 2009
Plano Nacional de Saúde 2012-2015	Dilma Rousseff - PT 01/01/2011- 12/05/2016 Vice Michel Temer – PMDB	Alexandre Padilha 01/01/11 a 03/02/2014	Aprovado em julho de 2011
Plano Nacional de Saúde 2016 - 2019	Dilma Rousseff PT 01/01/2011- 12/05/2016 Vice Michel Temer - PMDB	Ricardo Barros 13/05/2016 - 27/03/2018	O PNS não menciona a aprovação, mas está registrada na ata do CNS de 07/2016
Plano Nacional de Saúde 2020 - 2023	Jair Bolsonaro PSL/PRTB 01/01/2019 -, Vice Hamilton Mourão – General do Exército	Henrique Mandetta 01/01/2019 - 16/04/2020	Não há referência

Fonte: BRASIL, 2005; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; BRASIL, 2020. Elaboração da autora.

O princípio da participação no SUS, descrita no texto constitucional como participação da comunidade (BRASIL, 1988, BRASIL 199a), foi apresentado nesses documentos de gestão com as seguintes expressões: participação, participação social, participação popular, gestão participativa, controle social, conselho de saúde e conferência de saúde. Nenhum destes termos está conceituado, mas em alguns momentos são remetidos ao arcabouço legal (BRASIL, 1988, BRASIL 1990a, BRASIL, 1990b, BRASIL, 2012). Portanto, o estudo das referências que os documentos fazem aos espaços de participação no SUS considerou genericamente este conjunto de termos como expressões da diretriz constitucional de participação da comunidade.

PARTICIPAÇÃO E PLANEJAMENTO NO SUS:
CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

Quadro 2 – Expressões representativas da diretriz constitucional da participação da comunidade nos Planos Nacionais de Saúde de 2004 a 2023

Termos	PNS 2004-2007	PNS 2008-2011	PNS 2012-2015	PNS 2016-2019	PNS 2020-2023
Participação	25	35	20	21	17
Participação social	6	8	12	7	7
Participação popular	-	2	1	5	5
Gestão participativa	5	14	3	1	1
Controle social	16	18	8	9	9
Conselho de saúde	28	36	12	24	22
Conferência de saúde	11	7	5	15	15
Total	91	120	61	82	76

Fonte: BRASIL, 2005; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; BRASIL, 2020. Elaboração da autora.

Na sequência, a partir da apresentação de cada PNS, procuraremos evidenciar qualitativamente o significado e contexto destas expressões, apontando suas tendências políticas no contexto de cada documento.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2007, considerado um Pacto pela Saúde no país, nasceu do Plano Plurianual/PPA 2004-2007, como “uma iniciativa até então inédita no âmbito federal do SUS, embora previsto no arcabouço legal” (BRASIL, 2005, p. 6). No documento há referências de que sua construção decorreu de forma participativa, com gestores nacionais e infranacionais, com a Organização Pan-Americana de Saúde e entidades acadêmico-científicas. A elaboração do PNS buscou subsídios na 12ª Conferência Nacional de Saúde e culminou no Seminário sobre o Plano Nacional de Saúde, em novembro de 2003.

Na sua operacionalização, o Plano Nacional deve estar articulado com a agenda estratégica para a melhoria da saúde com a revisão do modelo de financiamento, com política de investimento para a redução das desigualdades e efetivação de um pacto de gestão. A desigualdade, como *calcanhar de aquiles* da sociedade brasileira, é um dos megaobjetivos do PPA, tema da agenda estratégica e do PNS 2004-2007. Por isso o “compromisso de combater a desigualdade no campo da saúde (aumentar os padrões de equidade) deve ser o fundamento básico e orientador em todas suas escolhas” (BRASIL, 2005, p. 131).

Em vários momentos, ao se referir ao SUS, o Plano menciona que é resultado de um processo participativo - Movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde - destacando a diretriz constitucional de participação da comunidade e sua materialização nos conselhos e conferências. Ao longo do documento, o Conselho Nacional de Saúde e a 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde são reconhecidos, assim como sua atuação na conquista do que foi implementado das leis do SUS.

Sobre a participação, ela aparece como um dos itens do diagnóstico da gestão em saúde. O item historiciza a participação no SUS, elenca os avanços e os obstáculos dos processos participativos: a incipiente divisão de poder entre o gestor e o conselho; o caráter deliberativo dos conselhos ainda não exercido; a baixa capilaridade das deliberações para os representados; a diversidade de organização dos conselhos e a relação com os movimentos sociais; diversidade local e regional das necessidades da população; ausência de cultura de transparência; dificuldades das estruturas de escuta dos usuários do SUS; a baixa representatividade dos conselheiros e a precariedade das estruturas operacionais dos conselhos.

Os objetivos, diretrizes e metas nacionais para a participação estão no eixo de gestão em saúde (BRASIL, 2005):

- Fortalecer a gestão democrática do SUS, ampliar a participação, estabelecer intercâmbio entre Conselhos e realizar capacitação dos segmentos;
- Estimular a cultura de paz e não violência;
- Realizar a 13ª Conferência Nacional de Saúde;
- Implementação de código de defesa dos usuários do SUS;
- Consolidação do processo de Reforma Sanitária no país;
- Estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e implantar ouvidorias;
- Promover a formação de conselheiros e programadores de rádio comunitárias;

O Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011 (BRASIL, 2009) está fundamentado em documentos norteadores, entre os quais: o Relatório da 13ª Conferência de Saúde; Pacto pela Saúde, prioridades do Ministério da Saúde e do Programa Mais Saúde; a avaliações do Plano Plurianual 2004-2007; o Plano Plurianual vigente; os Objetivos do Milênio para 2015, a Coleção Progestores, (2006) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass – e planos estaduais e municipais.

A análise situacional da gestão em saúde apresenta os desafios que são sistematizados em cinco âmbitos: descentralização; recursos humanos; planejamento; financiamento e participação social. Na descrição sobre a participação no SUS há considerações sobre a crescente participação da sociedade civil, caracterizadas pelas especificidades regionais, culturais e socioeconômicas. O item segue com diagnóstico sobre a participação e identifica as lacunas, que em parte repetem o PNS anterior: a baixa capilaridade das deliberações dos conselhos e conferências; ausência de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão do SUS; a precária estrutura de escuta do cidadão - o caso das Ouvidorias do SUS e a infraestrutura dos conselhos oscila de satisfatória a ruim. O diagnóstico dá um destaque da população indígena integrando vários espaços nacionais e infranacionais de participação (BRASIL, 2009).

Para o alcance do objetivo geral de fortalecer a gestão do SUS, uma das diretrizes é a “ampliação e fortalecimento da participação e do controle social” (BRASIL, 2009, p. 7). A gestão participativa deverá ser orientada pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 20017), cujos componentes são: auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, participação popular e fortalecimento do controle social, além das instâncias já institucionalizadas, o desenvolvimento de outras formas de participação como a cogestão e a gestão colegiada.

Esta diretriz de gestão participativa e fortalecimento da participação no SUS indica a criação de estruturas para que os espaços institucionalizados tenham condições de funcionar, mas a ênfase está nos mecanismos novos do ParticipaSUS. O papel dos Conselhos e Conferências, conforme determinado na Lei 8.142/1990 (avaliar, deliberar, fiscalizar, propor diretrizes), parece ser progressivamente substituído pela escuta da ouvidoria.

Para a diretriz de ampliação e fortalecimento da participação e do controle social, foram definidas as seguintes metas até 2011 (BRASIL, 2009): implantar ouvidorias nos estados, nas capitais e em 140 municípios; formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes sociais da saúde e o direito à saúde; promover a formação de 100 mil conselheiros para o controle social até 2011; implantar conselhos de gestão participativa em 10 estados até 2011; promover a criação e o funcionamento de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) nos Conselhos Municipais de Saúde e promover a elaboração e aprovação do Plano de Saúde junto aos Conselhos de Saúde em 100 % dos municípios.

O **Plano Nacional de Saúde 2012-2015** (BRASIL, 2011) foi construído em consonância com o PPA federal e está estruturado em dois grandes itens: o primeiro destaca as condições de saúde da população brasileira, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS, e o segundo indica as diretrizes e metas a serem alcançadas, contemplando 14 diretrizes que compreendem as ações estratégicas e os compromissos para o setor.

Na análise situacional, um dos itens da gestão em saúde é dedicado à participação e controle social, entendidos como uma inovação institucionalizada pelo SUS sob a forma de conferências e conselhos. Em parte, o diagnóstico segue as linhas dos planos anteriores e complementando com as realizações do quadriênio. Os conselhos estão presentes na totalidade dos estados e municípios e contam com 110 mil conselheiros. Entretanto, problemas na efetivação se devem pela pouca diversificação de participantes e pela estrutura e funcionamento deficitários. Por demandas das Conferências Nacionais de Saúde, organizou-se o Programa de Inclusão Digital (PID) e ampliaram-se as ações de educação permanente. No período de 2003-2007, 15.920 conselheiros de saúde e 15.895 entre 2008 a 2011 foram capacitados. Porém, ressaltamos que permanecem os desafios para o fortalecimento da participação, como a pouca diversificação de participantes, a necessidade do compromisso da ges-

tão do SUS na efetivação desses espaços, com sustentabilidade estrutural e o fortalecimento da cultura democrática (BRASIL, 2011).

Nesse item da análise situacional sobre participação, o serviço de ouvidoria ocupa espaço significativo, que é apresentado como “canais de visibilidade do Estado, que ampliam os espaços de participação social e atuam como instrumento de gestão, visto que as informações produzidas, por intermédio das manifestações, subsidiam as ações nas três esferas de governo” (BRASIL, 2011, p. 62 e 63).

O objetivo do Plano Nacional de Saúde/PNS é aperfeiçoar o SUS para que a população tenha acesso integral aos serviços de qualidade, de forma oportuna, para a melhoria das condições de saúde, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida. O alcance do objetivo de 2012-2015 foi orientado por 14 diretrizes, mas o tema da participação apareceu em uma das diretrizes: “Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável” (BRASIL, 2011, p. 68).

Essa diretriz se concretizará mediante a ampliação da participação social, a consolidação das políticas de promoção de equidade, a diversificação de participantes dos conselhos, a ampliação da capilaridade das suas resoluções e deliberações, a promoção do papel dos conselhos na qualificação da gestão do SUS, a educação popular como elemento de ampliação da participação e do cuidado em saúde, e as conferências de saúde serão foco de atenção (BRASIL, 2011). As metas dessa diretriz até 2015:

- Capacitar 200 mil pessoas para o controle social e gestão participativa;
- Realizar 10 seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas, gestores, profissionais e lideranças das comunidades.
- Realizar seis encontros nacionais com lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS;
- Realizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde de 2016 a 2019 (BRASIL, 2016) reflete na apresentação e conteúdo a construção iniciada no governo Dilma, finalizado e aprovado no período do governo interino de Michel Temer. Sua elaboração envolveu os órgãos e entidades da estrutura do Ministério da Saúde, as prioridades do PPA e as diretrizes recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Plano destaca que se devem considerar as diretrizes dos conselhos e conferências, submetendo-as à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde.

O item que apresenta a estrutura do Plano também menciona (BRASIL, 2016, p.4 e 5): “O Conselho Nacional de Saúde optou por organizar suas diretrizes a partir de eixos temáticos, os quais são reproduzidos a seguir.” São 8

Eixos Temáticos do Conselho Nacional de Saúde, dos quais um é dedicado à Participação e Controle Social, com duas diretrizes: a) Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã; b) Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

Nos PNS anteriores, havia um item na análise situacional sobre a gestão da saúde dedicado ao diagnóstico sobre os espaços de participação. Neste Plano em estudo, não há este conteúdo. O PNS 2016-2019 apresenta 13 objetivos, e um deles é dedicado aos espaços de participação e controle social. Mas o tema aparece também no objetivo que trata da saúde indígena e no da ciência tecnologia em saúde.

O objetivo de fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã (BRASIL, 2016), está detalhado nos seguintes termos: fortalecer o controle social e a gestão participativa para estimular a garantia da participação popular no processo de formulação, controle e avaliação, orientando as ações do Estado e os gastos estatais. O mesmo objetivo destaca que o acesso equitativo aos serviços de saúde pelas populações vulneráveis ainda é um desafio; os canais de interação com a sociedade, os mecanismos de transparência, o controle e avaliação do SUS necessitam avançar. Afirma ser necessário aperfeiçoar as ações voltadas aos determinantes sociais da saúde das populações vulneráveis (aos pobres, ao gênero, à raça, à etnia, à orientação sexual; às populações do campo, floresta e águas; à população negra e quilombola; e à população em situação de rua) e fortalecimento das instâncias do controle social que estes segmentos participam.

Para o fortalecimento da interação e participação dos usuários do SUS, propõe ampliar a interface socioestatal, criar estruturas descentralizadas de ouvidoria; implementar políticas de estímulo à participação; disseminar de informações sobre o direito à saúde; realizar pesquisas sobre ouvidoria em saúde e viabilizar a política de transparência por meio de controle interno. Para dar conta deste objetivo, o PNS indica as seguintes metas:¹⁷ capacitar 80.000 lideranças dos movimentos sociais e comitês de promoção de equidade, conselheiros de saúde, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social; ampliar o número de ouvidorias e implantar comitês de políticas de promoção de equidade em saúde.

No objetivo, aprimorar a relação interfederativa, a participação é destacada na lógica da conformação jurídica do SUS. E a última meta desse objetivo promete: "Apoiar os entes da federação para que 100% tenham Conselhos de Saúde legalmente instituídos e em funcionamento" (BRASIL, 2016, p.81).

Ao contrário dos demais PNS aqui estudados, este não menciona ter sido aprovado pelo CNS. O item gestão do PNS afirma somente que este Plano

deverá ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016, p. 83). Os eixos e diretrizes aprovadas pelo CNS que constam na tabela 1 do PNS, apresentadas acima, não estão correlacionadas com os objetivos e metas que tratam da participação. Evidentemente, os conteúdos não são essencialmente controversos, mas há ênfases diferenciadas. O PNS divulgado revela a falta de conexão entre o conteúdo aprovado no CNS e os objetivos e metas que em parte pode ser explicado pela conjuntura do governo federal.

O Plano Nacional de Saúde 2020 a 2023 (BRASIL, 2020), datado de fevereiro de 2020, sem créditos institucionais de governo, ministro e de equipe técnica, afirma que foi construído em alinhamento com o Plano Plurianual. Igualmente, no documento não constam debate e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na introdução há uma afirmação de que documento é fruto de extensas discussões internas, e buscou considerar a contribuição do Conselho e da Conferência Nacional de Saúde. Ao apresentar as bases legais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL 2012) do Plano, destaca que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. Ao valorizar o papel das Conferências, afirma que foram consideradas as diretrizes estabelecidas pelo CNS e pela 16ª Conferência Nacional de Saúde no processo de formulação do Plano 2020-2023. Nos Eixos Estratégicos e Diretrizes há várias referências de que o Ministério da Saúde intensificou os esforços no sentido de considerar as Diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, e as reproduz por meio pela transcrição da Resolução nº 617/2019 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Numa linguagem que trata de mapa estratégico e macroprocessos finalísticos, a introdução apresenta sete objetivos do Plano, vinculados à proposta de ampliação do acesso, de redução das desigualdades e promoção de práticas equitativas, com ações planejadas e sustentáveis. Na figura que descreve a Cadeia de Valor do Ministério da Saúde, entre os sete itens do que é chamado de governança, há menção à participação e ao controle social.

Nos itens de diagnóstico, diretrizes e metas do PNS não há descrição específica sobre o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde e mesmo sobre organização e realização da Conferência. Exceção a esta afirmação é a segunda meta do objetivo, “aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade”, que prevê “alcançar 4.400 entes federados com Relatório Anual de Gestão enviados ao conselho” (BRASIL, 2020, p. 145).

No item chamado Gestão do PNS, afirma que esta será “orientada para a adoção de um processo de monitoramento intensivo no decorrer de cada ano de vigência, além de avaliações anuais, submetidos à gestão estratégica do Ministério da Saúde para subsidiar a tomada de decisões e adequações de rumos, para posterior entrega à apreciação do Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 2020, p. 146). Na mesma perspectiva protocolar, explicita que o Re-

latório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório de Gestão (RAG) no que tange à informação ao controle social e ao Poder Legislativo a evolução da execução física e financeira, bem como a situação das auditorias realizadas na fase de execução do PNS.

5 Participação no SUS: de um certo otimismo com a gestão participativa a uma retórica formal

No conjunto, os PNS apreciados são tecnicamente bem elaborados, sobretudo em relação à sua estruturação, à análise situacional abrangente considerando indicadores de morbimortalidade e progressivamente, no decorrer dos anos, ampliando o destaque e a interface com os segmentos sociais por idade, por gênero, etnia e situação de vulnerabilidade social. Por sua vez, a organização e distribuição no território nacional dos serviços próprios, os contratualizados e os terceirizados, a ciência e tecnologia em saúde e os processos de gestão foram pouco destacados, quase invisibilizados. Evidenciou-se também o fortalecimento institucional do planejamento e a regularidade da vinculação dos PPAs com os PNS e sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde, pelo menos até 2016.

A relação dos PNS com os PPAs vincula-se essencialmente com as políticas de redução das desigualdades sociais em saúde e as políticas de equidade, ora ganhando mais ênfase um segmento, ora outro. Por exemplo, ora tem maior destaque a população indígena, PNS 2008-2011, ora questões de gênero, PNS 2012-2015, entre outros segmentos sociais vulneráveis de forma genérica.

De 2004 a 2016, os PNS consideram a conquista do direito à saúde como prerrogativa de cidadania no Brasil, caracterizam as instâncias do controle social e o papel democratizador da participação no SUS de maneira genérica vinculando ao arcabouço legal. Os dois primeiros retomam as bases no Movimento de Reforma Sanitária e vinculam a origem do SUS a este movimento social. Mas nos PNS de 2011 e de 2016, o SUS e seus espaços de participação já não aparecem como resultado do movimento social da Reforma Sanitária, são reduzidos a uma inovação institucional e normativa desvinculados de sua base social e de suas referências democrático-populares.

O PNS 2004-2007 trata do tema participação no SUS, considerando seus limites e conquistas, a partir dos espaços institucionalizados (conselhos e conferências de saúde), sua relação com as bases sociais, a gestão do SUS e as funções de proposição, avaliação e deliberação da política de saúde. Os PNS seguintes reduzem a ênfase a estes espaços, ressaltando as necessidades de capacitação, vinculando-as significativamente aos segmentos sociais vulneráveis. E com o ParticipaSUS (BRASIL, 2007), emergem outros espaços que são considerados igualmente de participação e controle social, como as auditorias, as ouvidorias, a transparência, as mesas de diálogo social, a pesquisa de satisfação dos usuários do SUS, entre outros. Estes espaços essencialmente vincula-

dos à burocracia estatal não possuem base social e nem se vinculam à prática de democracia direta ou representativa, por isso entendemos que não podem ser colocados no mesmo patamar.

Particularmente, as ouvidorias não são espaços coletivos de representação e deliberação da política de saúde, por mais que as suas demandas possam ser coletivizadas. Estas são espaços de relação individualizada com a gestão, um canal direto da gestão-usuário e suas demandas são respondidas desse modo. Com toda relevância que podemos evidenciar nos serviços de ouvidoria, os PNS não pressupõem que sua sistematização subsidiará a pauta dos conselhos, nem reconhece essas demandas como coletivas e públicas. Avaliamos que colocar as ouvidorias entre os espaços políticos de participação é confundir o papel político dos conselhos e conferências com o papel de serviço que é ouvidoria.

A redução da desigualdade social, que era o grande objetivo dos PNS da primeira década dos anos 2000, transforma-se em objetivos e metas de políticas de equidade ao longo da segunda década. Observou-se assim um alargamento temático da agenda governamental e a institucionalização de demandas não tradicionais na pauta da administração pública com a construção de políticas setoriais para segmentos vulneráveis ou historicamente excluídos/discriminados. Assim, nos documentos em análise, as pautas dos Conselhos devem reduzir a ênfase na garantia da saúde como direito e na democratização do Estado, e focalizar o acesso com equidade aos serviços de saúde pelas populações vulneráveis. As ações previstas de capacitações dos segmentos vulneráveis para se integrarem nos Conselhos são significativas.

Os Planos de 2004 a 2016 apresentam um diagnóstico sobre os conselhos existentes no país, suas dificuldades de estruturação administrativa, as políticas de capacitação e de inclusão digital, e as diretrizes seguem na direção do fortalecimento da cultura democrática e a gestão participativa. Nesses diagnósticos, o papel deliberativo, fiscalizador, propositivo e avaliativo dos Conselhos raramente é mencionado, há ênfase em gestão compartilhada. O papel democratizador dos espaços, a garantia do direito à saúde, as possibilidades da socialização das decisões da política de saúde igualmente são secundarizados. As diretrizes e ações parecem começar a indicar um papel colaboracionista da participação e uma interface entre Estado e sociedade civil, caracterizando uma relação isenta de conflitos e interesses divergentes.

No PNS de 2011-2015, a participação vincula-se essencialmente às metas de capacitações de conselheiros e segmentos sociais. A qualificação da gestão do SUS e a promoção da equidade em saúde centra-se nos chamados segmentos vulneráveis (gênero, populações quilombolas, da floresta e em situação de rua, entre outras). Nas propostas de capacitações os profissionais e gestores são colocados como público-alvo.

No entanto, o PNS 2020-2023, apesar de apresentar um diagnóstico sobre o perfil epidemiológico amplo, diferencia-se bastante dos quatro Planos anteriores. Além de não apresentar créditos de equipe técnico-institucionais

e não ter sido debatido e aprovado no CNS, vai expressando um certo apagamento dos fundamentos do SUS, sem necessariamente deixar de citá-los. A saúde como direito universal, integral, obrigação do Estado e o SUS como um elemento básico da cidadania brasileira sequer são referenciados. A análise situacional no perfil epidemiológico, considerando o conceito ampliado de saúde, foi sendo secundarizada, pois os problemas de desigualdade e acesso aos serviços de saúde amplamente descritos tendencialmente se vinculam mais à área médico-clínica. Há um grande silenciamento quanto às ações intersetoriais e interprofissionais que foram significativas nos 30 anos de SUS (REDEAPS, 2019; BAHIA, 2018; KRÜGER e OLIVEIRA, 2019).

Quanto ao princípio da participação da comunidade no SUS, ele sequer é mencionado como tal no PNS 2020-2023. No entanto, no corpo do documento, as expressões que caracterizam a participação da comunidade no SUS são, em vários momentos, formalmente citados. Por outro lado, os Conselhos e as Conferências são tratados como entes que deverão ser informados/comunicados, como um sujeito passivo. Assim, este Plano, sem desconhecer formalidade da participação da comunidade, a ignora no seu papel deliberativo, propositivo e avaliativo da política e dos serviços. Portanto, é um apagamento não das expressões da participação em si, mas o apagamento dos seus fundamentos democráticos (BRASIL, 2019, KRÜGER e OLIVEIRA, 2019).

Esta perspectiva, bastante expressiva no último PNS, tem relação direta com o que o Brasil vem presenciando, desde 2016: o apagamento do espaço público do Estado e dos seus fundamentos democráticos, além de não reconhecer o papel deliberativo do CNS, mesmo a relação dos usuários com os serviços com de ouvidorias não foi mencionada, e igualmente desapareceu o emergente papel colaboracionista dos Conselhos e a interface entre Estado e sociedade civil. As capacitações e inclusão de novos segmentos sociais que estavam sempre entre as principais ações previstas para fortalecer a participação desapareceram neste último Plano.

Pela conjuntura regressiva do país, já evidenciada no PNS de 2016 e em 2020, as diretrizes recomendadas pelo CNS a este instrumento de gestão são apenas reproduzidas, constituindo um item à parte, revelando assim que diretrizes e ações do quadriênio foram estabelecidas pelo órgão gestor sem debate nos colegiados de participação social.

6 Notas finais

Este texto se organizou num esforço de evidenciar e analisar se a concretização do direito à participação nas decisões sobre os serviços do SUS está indicada no principal instrumento de gestão da política nacional de saúde. O estudo nos permitiu salientar que a retórica participacionista de fortalecimento da participação (nas seguintes expressões: participação, participação social, participação popular, gestão participativa, controle social, conselho de saúde

e conferência de saúde) está presente nos documentos estudados para fazer frente ao arcabouço legal, para cumprir o requisito legal de ser aprovado no Conselho Nacional, vincular-se a outros mecanismos dos ParticipaSUS e às políticas de promoção da equidade que foram priorizadas até 2016.

O quadro dois evidenciou que as expressões que se vinculam ao princípio da participação da comunidade estão significativamente presentes, mas com uma linguagem que ressalta sua importância ou menciona a necessidade de fortalecimento. Portanto, é uma referência bastante genérica, cuja sustentação não está nos objetivos e diretrizes dos PNS.

Mesmo considerando as tendências político-administrativas de cada PNS, a participação como um requisito do Estado democrático e garantidor dos direitos sociais, e de saúde especialmente, está ausente. Do mesmo modo, o papel avaliativo, deliberativo e fiscalizador dos conselhos e conferências ficam quase desconsiderados. Entre 2004 a 2016, salienta-se uma preocupação com a inclusão dos segmentos vulneráveis nos espaços participativos, mas a ênfase na igualdade foi se tornando sinônimo de equidade.

É relevante e necessário contemplar segmentos historicamente excluídos e ter canais de comunicação com os usuários, mas o Estado foi diminuindo seu papel de coordenador, regulador e direcionar das políticas públicas, por isso a gestão participativa e capacitações parece ter como objetivo que estes segmentos sejam uma espécie de promotores e gestores de sua saúde. E nessa perspectiva as ouvidorias ganharam relevância nas ações priorizadas até o PNS 2016-2019.

Recentemente assistimos à corrosão da responsabilidade pública para com as necessidades coletivas, e os espaços participativos institucionalizados estão sendo atingidos por reiteradas tentativas do Poder Executivo de acabar com o papel deliberativo, tornando-os marginais nos processos de tomada de decisão, ignorando ainda mais suas manifestações e resoluções. Entende-se, portanto, que medidas do governo federal, a exemplo do Decreto nº 9.759/2019 (BRASIL, 2019), encontram-se em descompasso e rompimento com as bases do Estado Democrático de direito. E o PNS lançado em 2020 é um retrato dessa situação.

Por fim, este estudo tratou apenas de um instrumento de gestão, o Plano Plurianual em cinco edições, mas pauta-se como uma agenda futura de pesquisa conhecer as dimensões que a participação na saúde ganha nos outros instrumentos de gestão: Programações Anuais, Relatório de Gestão, Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2013).

Referências

- BAHIA, L. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente.** Cad. Saúde Pública vol.34 no.7, p. 01 a 16. Rio de Janeiro. Ago-2018.
- BRASIL, Constituição Federal de 1988.
- BRASIL. Lei nº 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 das outras providências.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 7 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF).
- BRASIL. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil (2004-2007). Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf Acesso 10 abr. 2018.
- BRASIL. ParticipaSUS. Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS. 2007. Disponível http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf Consulta a 03 jul. 2020.
- BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2 de dezembro de 2009. Disponível em http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/item/147/pns2008_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso 18/04/2018.
- BRASIL. Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Plano Nacional de Saúde de 2012 a 2015. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2 de dezembro de 2011.
- BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde.
- BRASIL. Plano Nacional de Saúde de 2016 a 2019. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2016.
- BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.
- BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 2019. Programa Médicos pelo Brasil.
- BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília/DF, fevereiro de 2020. Disponível <http://portal.anvisa.gov.br/documents/281258/2890069/Plano+Nacional+de+Sa%C3%BAde+2020-2023/3282f7cf-a9d7-4053-8190-dc3c9c8c3113> Consulta a 02 julho de 2020.
- BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atas 2016. Ata 283ª RO - 06, 07 e 08 de julho. Disponível http://conselho.sau.gov.br/atas/atas_16.htm Acesso 23/04/2018.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 617/2019 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível <https://drive.google.com/file/d/1FoBYTndvh8Z59XXmUAFDZ8PQIrcVnngg/view> Consulta em 02 jul. 2020.
- CARDOSO Jr, J. C.; CUNHA, A. S. (Orgs). Introdução. In. Planejamento e avaliação de políticas públicas. Brasília : Ipea, 2015. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24567 Consulta em 06 jun. 2019.
- COUTINHO, C. N. **Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo.** São Paulo: Cortez, 2008.
- DANTAS, A. **Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação.** In: MONTANO, C. (Org.). O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do terceiro setor. São Paulo: Cortez, 2014. p. 103-143.
- FONTES, Virginia. **Capitalismo filantrópico? Múltiplos papéis dos aparelhos privados de hegemonia**

- empresariais. Marx e o Marxismo.** v.8, n.14, jan/jun 2020. P. 15 a 35. Disponível <http://www.nieparx.blog.br/revistadonieparx/index.php/MM/article/view/351>
- G1. Da eleição à votação do impeachment. Disponível <http://especiais.g1.globo.com/politica/2016/processo-de-impeachment-de-dilma/da-eleicao-a-votacao-do-impeachment/> Acesso 23 abr. 2018.
- GARCIA, Ronaldo. **PPA: o que não é e o que pode ser.** In: Planejamento e avaliação de políticas públicas / organizadores: José Celso Cardoso Jr., Alexandre dos Santos Cunha. – Brasília: Ipea, 2015. P.55-81. Disponível em < https://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_ppa_vol_1_web.pdf#page=57
- GIOVANELLA, L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** Cad. Saúde Pública vol.6 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1990. In. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003>
- INSTITUTO UPDATE. Sobre e Projetos. 2020. Disponível <https://www.institutoupdate.org.br/sobre/> Consulta em 03 jun. 2020.
- INSTITUTO ETHOS. Áreas de Atuação. 2020. Disponível <https://www.ethos.org.br/conteudo/atuacao/> Consulta em 03 jun. 2020.
- KRUGER, T. R. e BONIN, S. **Planejamento e Serviço Social.** In. Sociedade em Debate, 21(2): 63-83, 2015. Disponível <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1216/860>
- KRÜGER, TR e REIS, C. **Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS.** Serv. Soc. Soc. [online]. 2019, n.135, pp.271-289.
- KRUGER, T. R e OLIVEIRA, Andreia A. **Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal.** Saúde debate [online]. 2019, vol.43, pp.174-189.
- MARICATO, E. **Nunca fomos tão participativos: reflexões sobre os movimentos sociais urbanos.** In: _____. O impasse da política urbana no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 89-98.
- MOTA, Ana Elisabete. **A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000.** In. MOTA, A. E. (org.). O mito da Assistência Social. 2 ed. São Paulo. Cortez Editora, 2008, p. 133-146
- NETTO, J. P. **Notas sobre democracia e transição socialista. A redefinição da democracia.** In: _____. Democracia e transição socialista. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990. p. 69-105, 117 -127.
- NORONHA, J. C. **Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 29, n. 5, p. 847-849, maio 2013.
- PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo. Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes.** Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS. Universidade de Brasília – UnB. 2013. P. 65-137. Disponível em <http://pct.capes.gov.br/teses/2013/53001010035P1/TES.PDF>
- REDE APS. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS. Em 27 de setembro de 2019. Disponível <https://redeaps.org.br/2019/10/03/em-defesa-da-atencao-primaria-a-saude-forte-e-abrangente-coracao-do-sus-atualizando-a-agenda-da-rede-de-pesquisa-em-aps/> Consulta a 03 dez 2019.
- SALVADOR, E. **Financiamento Tributário da política social no pós-real.** In. SALVADOR, E. et al. (Orgs.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo. Cortez Editora. 2012. pp. 123-152.
- TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.
- TODOS PELA EDUCAÇÃO. Independente, plural e decisivo. 2020. Disponível <https://www.todospelaeducacao.org.br/> Consulta em 03 jun. 2020.
- TODOS PELA SAÚDE. A atuação da aliança Todos pela Saúde. 2020. Disponível <https://www.todospelasaude.org/> Consulta em 03 jun. 2020.