



## A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: ENTRE AS BELEZAS DO CENTRO HISTÓRICO E A ARIDEZ DO SERTÃO NA CIDADE DE GOIÁS/GO

### POPULAR PARTICIPATION IN HEALTH: BETWEEN THE BEAUTY OF THE HISTORICAL CENTER AND THE ARIDITY OF THE SERTÃO IN THE CITY OF GOIÁS /GO

Carla Agda Gonçalves<sup>1</sup>  
Daniela Kedna Ferreira Lima<sup>2</sup>  
André Nunes dos Santos<sup>3</sup>

**RESUMO:** Compreender a participação política da população usuária dos serviços de saúde diante das instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) na particularidade do município de Goiás/GO é o objetivo deste artigo ora apresentado; expresso na análise dos resultados das pesquisas realizadas nos estudos empreendidos pelo/as autor/as. Para tanto, recorre-se à pesquisa teórica, à pesquisa documental e à pesquisa empírica – tendo como sujeitos significativos desta última pesquisa os usuários que utilizam a unidade básica de saúde com o maior número de pessoas cadastradas no município. Afirma-se que a participação popular representa um avanço significativo na defesa dos direitos sociais, contudo, ainda perpassam marcas advindas das características da realidade brasileira, constituída em um “mix de moderno e arcaico”. Na especificidade do SUS, tais conquistas expressam lutas sociais entre os diferentes sujeitos envolvidos; conquanto persistem limites que necessitam ser superados, enfrentando diversos desafios diante as contradições na conjuntura atual e consolidando os avanços que perfazem a trajetória sócio-histórica da política de saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde. Direitos. Participação Popular.

**Abstract:** Understanding the political participation of the population using health services before the collegiate bodies of the Unified Health System (SUS) in the particularity of the city of Goiás / GO is the objective of this article now presented; expressed in the analysis of the results of the researches carried out in the studies undertaken by the authors. For this purpose, theoretical research, documentary research and empirical research are used - having as significant subjects of this last

<sup>1</sup> Pós-Doutoranda (PNPD/CAPES) em Serviço Social pela UNESP/Franca. Doutora e Mestre em Serviço Social pela PUC-SP. Docente do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás/Regional Goiás (UFG). E-mail: [carlaagdaufg@gmail.com](mailto:carlaagdaufg@gmail.com)

<sup>2</sup> Especialista em Hematologia e Hemoterapia Hospital das Clínicas (HC) da UFG. Assistente Social no CREAS/Iporá-GO. E-mail: [danylima@hotmail.com](mailto:danylima@hotmail.com)

<sup>3</sup> Bacharel em Serviço Social. Assistente Social da Prefeitura de Aruanã/GO. E-mail: [andre\\_ns\\_17@hotmail.com](mailto:andre_ns_17@hotmail.com)

research the users who use the basic health unit with the largest number of people registered in the municipality. It is affirmed that popular participation represents a significant advance in the defense of social rights, however, marks still come from the characteristics of the Brazilian reality, constituted in a “mix of modern and archaic”. In the specificity of SUS, these achievements express social struggles between the different subjects involved; although there are still limits that need to be overcome, facing several challenges in view of the contradictions in the current situation and consolidating the advances that make up the socio-historical trajectory of health policy in Brazil.

**Key Words:** Health. Rights. Popular participation.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto de estudos empreendidos pelo/as autor/as ao longo do processo formativo acadêmico, tendo como centralidade o Sistema Único de Saúde (SUS); com foco no princípio do controle social, através da participação da comunidade nos processos decisórios, no caso aqui, das políticas públicas de saúde – como regulamenta a lei orgânica de saúde 8.142/90, na particularidade do município de Goiás/GO<sup>4</sup>.

Os questionamentos tangenciavam a materialidade da participação da comunidade na política de saúde frente as perspectivas dos direitos no espaço miúdo do cotidiano; ou seja, como a população que utiliza o serviço de baixa complexidade compreendem, recorrem e se apropriam das instâncias participativas do SUS? Delineando, assim, como objetivo para esse artigo compreender a participação política da população usuária dos serviços de saúde diante das instâncias colegiadas do SUS na particularidade do município de Goiás/GO; expresso na análise dos resultados das pesquisas realizadas nos estudos do/as autor(as).

Destaca-se que mesmo sinalizando as particularidades deste município de pequeno porte, os estudos denotam que é uma amostra da realidade brasileira, sinalizando convergências e divergências no que tange ao controle social, posto que

---

<sup>4</sup> O município de Goiás – antiga capital do Estado de Goiás (1744-1937) – localizado há 136km de à noroeste da cidade de Goiânia, atual capital deste estado, reconhecida como Patrimônio Mundial da Humanidade.

são expressões da construção sócio-histórica das políticas de saúde, com avanços significativos, mas também com limites a serem superados.

Destaca-se que os estudos apresentados são frutos da pesquisa teórica (livros, revistas e outros), da pesquisa documental (documentos oficiais e fontes estatísticas) e da pesquisa empírica – esta última realizada pela metodologia da pesquisa de opinião, tendo como critério de escolha da amostra, os usuários do Sistema Único de Saúde do município de Goiás de uma das Unidades Básicas de Saúde que tem o maior número de usuários cadastrados<sup>5</sup>.

Para tanto, neste artigo, optou-se, inicialmente, por evidenciar breves considerações acerca dos aspectos sócio-históricos da política de saúde no Brasil, adentrando nos marcos regulatórios que garantem a participação da comunidade nas instâncias de gestão do SUS, com destaque o debate sobre a categoria participação popular – fundantes para a defesa do controle social com vistas à cidadania – sinalizando seu processo em construção.

Seguindo, particularizaremos o município de Goiás/GO e suas características sócio-históricas, para então adensar os resultados da pesquisa empírica. Tais direcionamentos permitiram tecer as considerações finais para o artigo, explicitando os desafios e possibilidades que se apresentam na participação popular com vistas a garantia da cidadania.

## **ALGUNS MARCOS NA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Ao percorrer a trajetória sócio-histórica brasileira da Política de Saúde considera-se alguns marcos sociais relacionados aos avanços da mesma, e o papel da sociedade civil nas conquistas desta política. Alguns marcos foram fundamentais na compreensão desta trajetória frente as contradições expressas na própria lógica da sociedade capitalista – sendo o foco percorrido a seguir.

---

<sup>5</sup> Fonte Secretaria Municipal de Saúde (2018).

Nas primeiras décadas do século XX a assistência médica, como assinala (BRAVO, 2009), era baseada na filantropia e na prática liberal. Nos anos de 1920 até 1930, a intervenção do Estado brasileiro na saúde era diminuta e emergencial, tendo sua interferência limitada às ações de saneamento nas grandes cidades, portos, bem como no combate a epidemias, principalmente quando interferiam na economia e ocasionavam prejuízos à burguesia. Essa questão sanitária configurava-se “como sério obstáculo ao florescimento das atividades econômicas agroexportadoras” (COHN *et. al.*, 1991, p.15).

Nesta mesma década, em 1923, tem-se a criação da Lei Eloy Chaves – instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). As CAPs, inicialmente atendiam apenas os ferroviários e os marítimos, eram efetivadas por meio de um fundo criado pelas empresas (com contribuição dos trabalhadores) para financiar a aposentadoria, as pensões dos trabalhadores e a assistência médica; conquanto as CAPs compravam serviços médicos do setor privado (COHN *et. al.*, 1991). Assim sendo, vê-se aqui as primeiras formas de oferta à saúde vinculada aos trabalhadores, tendo como forma suplementar o pagamento por parte dos trabalhadores e a vinculação estreita com os serviços privados.

Ao adentrar na década de 1930, diante da lógica da política de Vargas – com viés centralizador e controlador – as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no ano de 1933, agregando uma quantidade maior de trabalhadores urbanos, organizados por categorias profissionais e não mais por empresas; decorrendo na fragilidade e fragmentação dos movimentos sociais pois, de certa forma, os acalmavam com tais ações pontuais.

Nesse sentido, Conh e Elias (1996) evidenciam que enquanto a CAPs eram formadas por um colegiado de empregados e empregadores, a direção dos IAPs tinha como competência o Estado a partir de um colegiado sem poder deliberativo, o qual ainda era escolhido pelos sindicatos reconhecidos e tutelados pelo governo.

Segundo Braga e Paula (1986), as alternativas centrais desenvolvidas pelo Estado à Saúde pública, no período de 1930 a 1940, se destacaram pela lógica do

sanitarismo-campanhista, uma vez que a ênfase focava em ações nas áreas endêmicas, tais como: febre amarela e malária. Subsequentemente,

A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2009, p.92).

Assim, o governo Vargas (1930-1954) se equilibrou sob as ações estabelecidas por ele, mantidas por enormes contradições: por um lado sustentava uma política repressiva diante a organização da classe trabalhadora e seus opositores; por outro lado, tentava manter a característica de um governo populista, concentrado em atender a sociedade civil como parte do corpo do Estado – sempre de forma cerceada e controladora cuja tônica perfaziam o fortalecimento da burguesia pelo viés das relações entre Capital e trabalho; decorrendo na precarização da política de saúde.

Tal precarização é reforçada com o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) no ano de 1948, que embora enunciasse ações para a área da saúde, a efetivação das mesmas era diminuta à necessidade das demandas apresentadas pela classe que vive do trabalho.

As antinomias do processo denotavam-se que ações com viés sanitarista-campanhista são reforçadas na saúde pública mesmo com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que embora um marco, se constituiu pelo baixo investimento e displicência das autoridades limitando sua atuação e tendo com decorrências a prejuízos das ações de saúde coletiva. O escopo destas ações precarizadas frente a falta de recurso e pela lógica do reforço no processo de produção e reprodução das relações capitalistas vão delineando a política de saúde que, cada vez mais, vai se debilitando e se restringindo seu direcionamento na prevenção e promoção, gerando um caos nas condições de atendimentos à população.

Denotava-se, com isso, que política nacional de Saúde afrontou uma constante tensão entre a ampliação dos serviços diante da realidade apresentada, bem como a

disponibilidade de recursos financeiros. Essas questões foram desdobrando em grandes embates e lutas pela qualidade dos serviços prestados, tendo como sujeitos expoentes profissionais de saúde sanitaristas e alguns segmentos do movimento organizado, caracterizando – de modo geral – o que denomina-se do Movimento de Reforma Sanitária.

O Movimento Sanitário, “defendia a universalização da cobertura, a extensão dos programas preventivos e de atenção básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre os provedores privados e a descentralização” (ARRETCHE, 2005, p.291). Destaca-se que em 1985, durante o governo do presidente Sarney, o Movimento Sanitário ganhou espaço na estrutura política, com representantes desse movimento nomeados para a direção do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Mesmo diante das pressões sociais, aumentava a falta de qualidade dos serviços prestados, a debilidade no acesso e no atendimento da população, sobretudo pela conjuntura sinalizada ao longo da década de 1970 e 1980, o que requeria novas formas constituintes e constitutivas para a política de saúde. Ressalta-se, ainda, que a década de 1980 se apresenta diante de grandes contradições seja pela emergência dos movimentos sociais (com destaque à pressão pela nova Constituição Federal), seja pela ofensiva neoliberal que tem seu fio condutor a desresponsabilização do Estado nas ações sociais sob o jugo de onerar os gastos e prejudicar a economia.

Conquanto, ao percorrer toda essa trajetória histórica da política de saúde identificou-se que as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) têm seu início em 1941, cujos debates perpassavam, sobretudo os problemas relacionados à organização, sistematização e desenvolvimento da política de saúde. Compreende como avanços diante das respectivas conjunturas em que as mesmas ocorriam; mas o marco significativo pode ser registrado com a 7ª CNS, tanto pela participação da sociedade

civil, como o tema debatido, qual seja: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos – requerendo revisitar o modelo de saúde vigente<sup>6</sup>.

Esse protagonismo corroborou para outro marco significativo de participação social, bem como repleto de reivindicações pela mudança da política de saúde, redundando na 8ª CNS, tendo como temas: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial.

Uma das decorrências deste processo foi a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Entretanto, em seu debate o SUDS colocou em questionamento os propósitos de forma paradoxal posto que, para uns significava o esvaziamento do Projeto de Reforma Sanitária pelo INAMPS, sendo resumido em apenas uma reforma administrativa; já para outros, significava uma estratégia para implementação do SUS.

Portanto, o SUDS, mesmo com suas limitações possibilitou adensar as lutas do Movimento Sanitário que culminaram na criação do SUS, reconhecidos como “iniciativas relevantes de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo” (PAIM, 2008, p.137). Esse mesmo autor destaca que a Reforma Sanitária não se limita a um simples programa de governo ou uma política social de Estado, mas sim um projeto político-cultural que adveio das inquietações da sociedade civil, arquitetado nos seios dos movimentos sociais pela democratização da saúde (PAIM, 2008).

As transcorrências da 8ª CNS não se findam assim, dela, ainda, se constituiu a Comissão da Reforma Sanitária (CNRS) e a Plenária Nacional de Saúde, sendo esta última composta de forma equânime entre a sociedade política e membros da sociedade civil, objetivando a elaboração de uma proposta constitucional para o setor da saúde, tendo como pré-constituente o uso do relatório final da 8ª CNS.

Depreende-se que o texto constitucional, no que tange à Saúde, após diversos acordos políticos e embates com a população, conseguiu atender algumas das

---

<sup>6</sup> Sobre as Conferências da saúde em sua trajetória sócio-histórica e os temas debatidos ver:

<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude> Acesso em dezembro/2019.

reivindicações prioritárias do Movimento de Reforma Sanitária. Sendo assim, apesar das dificuldades do processo constituinte, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) – conhecida como “Constituição Cidadã” – definiu a política de saúde como parte do tripé da Seguridade Social (art.194/1988), materializada em um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988) – a partir de um sistema único e universal, denominado SUS.

Portanto, o SUS é garantido no art. 198 da Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), a saber: Lei nº 8.080/1990 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” (BRASIL, 1990); e Lei nº 8.142 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [...]” (BRASIL, 1990).

Assim, o SUS é um sistema com responsabilidade de gestão dos três níveis de governo: União, Estados e Municípios, permitindo a participação da iniciativa privada de forma complementar, através de convênios para realização de serviços e ações. Diante dos entornos empreendidos até esse momento à política de Saúde, pode-se inferir que o SUS é um avanço significativo para esta política (após diversas lutas empreendidas), não apenas no território brasileiro, mas em âmbito internacional; conquanto infere-se que este avanço extrapola a área da saúde, representando em seus direcionamentos ganhos no que refere-se aos direitos sociais, sobretudo num contexto de retração destes direitos.

Reitera-se, com isso, que a materialidade do SUS tem como filosofia a lógica de organização em todo território nacional – nas esferas nacionais, estaduais e municipais –, calçados por princípios e diretrizes, quais sejam: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e a participação e o controle social.



Desta maneira, a *universalidade* deve atender a todos, independentemente do poder aquisitivo, sem distinções, conforme as suas necessidades. Não pode levar em consideração a contribuição e nem qualquer pagamento direto.

A *integralidade* se dá pelo atendimento na perspectiva da totalidade dos usuários; entendendo a saúde como um modelo integral que contemple um conjunto de ações de promoção, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação da saúde. Para tal, não só o indivíduo é foco das ações, mas sim toda a comunidade.

A *equidade* requer que seja assegurado ações e serviços em todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso, tratando com desigualdade os desiguais. Assim, o SUS prevê um atendimento sem privilégios, levando em consideração a necessidade de cada usuário.

No âmbito da *descentralização*, pressupõe a redistribuição das responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde dentre todos os níveis de governo, privilegiando a resolução mais próxima dos problemas ocorridos. Assim, o que for de abrangência do município deve ser de responsabilidade do governo municipal, e da mesma forma, respectivamente, nos níveis estadual e federal.

Quanto a *regionalização* e hierarquização referem-se a forma como é organizado o atendimento à população. Regionalizado no intuito de atender com maior amplitude, conforme tamanha necessidade, realidade e pactuação, com vistas à garantia de atendimento aos indivíduos.

Com relação a *hierarquização* pressupõe a classificação em níveis de complexidade do atendimento à saúde, seja pelas unidades de atenção básica (baixa complexidade), clínicas especializadas (média complexidade), hospitais gerais e hospitais especializados (alta complexidade).

É garantido, ainda, como diretriz o direito à participação popular (centralidade de nossas discussões) aos segmentos envolvidos no sistema – governos, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, usuários, comunidades e população no geral etc –, tornando o SUS democrático por assegurar a participação popular na

formulação, deliberação das verbas e avaliação diante da execução das políticas de saúde, denominando controle social.

Nesse sentido, os principais mecanismos de promoção do controle social são os conselhos e as conferências de saúde, como prevê o art. 1º da lei 8.142/1990 que trata das instâncias colegiadas, tão necessárias para a gestão do sistema (BRASIL, 1990). Ressaltamos, ainda, que esses espaços de participação devem ser paritários entre usuários e representantes do poder público.

Essa diretriz demarca avanços significativas no que refere-se à gestão do SUS, em seus espaços colegiados a partir das instâncias deliberativas, o que exige novas formas de institucionalidades, em uma sociedade como a brasileira, que tem suas marcas expressas por um “mix de moderno e arcaico” (TELLES, 1999). Esses entornos assumem maior complexidade frente a materialidade cotidiana na efetivação dos direitos de saúde diante da conjuntura que se configura de forma conservadora e assola o Brasil – requerendo revisitar a compreensão da participação popular e suas configurações sociais (apresentado a seguir).

## **CONFIGURAÇÕES DA PARTICIPAÇÃO POPULAR – UMA CONSTRUÇÃO EM CONSTANTE MOVIMENTO**

Como exposto, a política de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, define-se como direitos de todos e dever de Estado, regulamentada por princípios e diretrizes que garantem aos SUS maior organicidade e definição dos direcionamentos frente às necessidades da população, com isso, incorporando a participação popular como um imperativo na defesa destes direitos.

As antinomias do processo denotam contradições que perduram até a conjuntura atual, sobretudo diante das demandas requeridas pelos diferentes interesses sociais: por um lado a necessidade da ampliação dos serviços de saúde

advindo sobretudo das pressões sociais; por outro lado tal ampliação se faz presente concomitante à ofensiva neoliberal que tem em um de seus pressupostos a desresponsabilização das ações do Estado junto às políticas sociais, como justificativa para minimizar a crise fiscal, demarcando a correlação de forças políticas, sociais, econômicas próprias desta sociedade sob o *ethos* burguês.

“Reformas institucionais, inclusão de novos atores e reformulações organizacionais tornam-se decisivas nas agendas com que se pretende governar [...]” (NOGUEIRA, 2011, p.58); necessitando adaptar a democracia participativa à cultura mercantil e à hegemonia neoliberal – recaindo em discursos da elite burguesa que a participação tinha como viés um caráter eminentemente técnico e legalista; com isso, despolitizando essa abertura democrática.

Vale ressaltar que essas aberturas não são neutras, mas perfazem um jogo de forças que, em sua maioria, prevalece os interesses da burguesia em detrimento da classe trabalhadora. Para tanto, denota-se a necessidade de lutar pela participação social, a partir da descentralização como forma democrática de garantir os direitos, tendo a sociedade civil o sujeito prevalente destas conquistas e reformas do Estado.

O grande salto é compreender que a sociedade civil não é uma organização subalternizada, domesticada, mas sim uma organização autônoma voltada à gestão e à implementação de políticas na perspectiva de sua emancipação como sujeito social e, por conseguinte, da política pública como direito de cidadania.

Para tanto, a participação expressa movimentos diferenciados de consciência política coletiva diante da maturidade, homogeneidade e organicidade dos grupos sociais (Gramsci, 2000), tendo como fio condutor da participação a democracia, assumida como uma tensão permanente de liberdade e igualdade.

Nesse sentido, com base em Nogueira (2011), definem-se quatro modalidades de participação, que se coexistem e se combinam de forma diferenciada, quais sejam: participação assistencialista, participação corporativa, participação eleitoral e participação política.

Esse trabalho compreende que essas modalidades de participação não devem ser interpretadas como perspectivas estanques e fechadas com viés de adaptar as relações entre sociedade civil e sociedade política, posto que tais relações perpassam questões mais ampliadas na perspectiva da totalidade. Seria institucionalizar algo que é construído no bojo da sociedade de modo dialético, e com isso negar a história que é uma categoria fundamental constituída a partir da realidade com vistas à compreensão das contradições apresentadas nessa sociedade e direcionar alternativas de superação. Assim sendo, compreende-se, que estas modalidades podem ser fios condutores para entender os direcionamentos constitutivos e constituintes de relações mais amplas frente a correlação de forças.

Isto posto, explicita-se que para Nogueira (2011) a *participação assistencialista* é compreendida pela natureza filantrópica solidária, de caráter universal perpassando diferentes contextos. Agrega-se como forma subsidiária das relações instauradas nas diferentes comunidades. Na realidade brasileira depreende-se que essa participação se presentifica nas mais diferentes formas, assumindo contornos como ajuda, voluntariado, fundo benemérito ou religioso, dentre outras características que imprimem ao sujeito a responsabilidade única e individual pelas desigualdades do processo de (re)produção das relações sociais na sociedade capitalista.

A decorrências desta forma de participação tende a culpabilizar os sujeitos e subalternizá-los diante de práticas de auxílio mútuo e de mutirões na utilização dos recursos comunitários com vistas a minimizar os conflitos e/ou resolução de problemas – recaindo como única estratégia de sobrevivência aos subalternos na manutenção da vida

No que tange a *participação corporativa*, a mesma atrela-se a interesses específicos de determinados grupos sociais ou de categorias profissionais. As antinomias do processo denotam-se aspectos favoráveis e desfavoráveis desta modalidade de participação (NOGUEIRA, 2011). Se por um lado expressam mobilizações, conquistas e lutas coletivas na forma de organização política desses sujeitos; por outro lado, podem se fechar entre si, posto que defendem, em sua

maioria, direitos particulares fruto de inquietações apresentadas entre os sujeitos que dos grupos fazem parte.

Outra crítica apreendida é que estas duas modalidades de participação particularizam os direitos de forma pontual, recorrendo aos mesmos em situações específicas dos grupos que as defendem, descaracterizando a luta de classe.

Já a *participação eleitoral*, não visa a defesa de direitos particulares, mas sim influenciam a governabilidade, presumindo direitos que dizem respeito aos interesses coletivos. Nessa modalidade de participação, pressupõe sujeitos com consciência política mais aguçada. Seus limites se expressam a partir da perspectiva focada no contratualismo liberal, em que essa consciência pode estar condicionada por escolhas e atos individuais, ocorrendo de forma esporádica, fixa ou flutuante (NOGUEIRA, 2011); atendendo, sobretudo, a um grupo político determinado.

Um dos modelos que mais se veem presentes é o voto, contudo ele não expressa a única forma de participação eleitoral, posto que seu reducionismo pode limitar o envolvimento do cidadão. Na particularidade brasileira, as configurações do direito ao voto estão condicionadas, em alguns casos, a interesses de favores, interesses financeiros políticos, frutos de uma sociedade marcada pelo patrimonialismo, coronelismo e favoritismo e que assume diante dos dias presentes suas apropriações conservadoras.

No que se refere à *participação política*, sobrepõe as outras modalidades de participação, efetivando a partir das lutas de classes diante das correlações de forças estabelecidas, pressupondo interesses e objetivos que abrangem os sujeitos em sua totalidade em construção coletiva.

O risco desta participação é que, diante da sociedade classista, em que a burguesia imprime seu poder, desencadeando uma dicotomia que tende ao lado mais forte em detrimento à classe trabalhadora geraria uma manipulação na materialidade de tal participação. Essas formas de dominação podem ser percebidas em ações legalistas, assistencialista e/ou repressão (uma militarização das relações sociais, tão recorrente na atual conjuntura).

Entretanto, mesmo diante dessa conjuntura expressa pelas formas de coerção, podem desencadear – na luta de classes – a construção de instâncias organizativas que permitam a defesa dos interesses da classe em que vive do trabalho.

Vale ressaltar que nessa construção brasileira algumas medidas foram implantadas no que tange à participação política da sociedade civil, é importante destacar, como o Decreto nº8.243, de 23 de maio de 2014 que “Institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) e dá outras providências” (BRASIL, 2014).

Destaca-se, com isso, que a PNPS considera como instâncias e mecanismos de participação popular: os conselhos de políticas públicas; as comissões de políticas públicas; as conferências no âmbito nacional, estadual e municipal; a ouvidoria pública federal; as mesas de diálogos; os fóruns interconselhos; as audiências públicas; as consultas públicas; e os ambientes virtuais de participação social, dentre outros. Já o Sistema Nacional de Participação Social está integrado aos mecanismos de controle da população, tendo como intuito acompanhar os desdobramentos da inserção, execução e fortalecimento da PNPS.

Compreende que esses mecanismos como dispostos legais que mobilizam avanços importantes na trajetória brasileira, marcada com os traços mais perversos à garantia da cidadania, como o nepotismo, o coronelismo etc. Contudo, esse arcabouço legal não implica na efetivação dos mesmos; imputando novas institucionalidades que tenham como fio condutor a cultura política primada pelas construções coletivas na defesa dos direitos.

“Defendemos para a realização da democracia participativa e, até mesmo, da democracia radical, é que não se pode desprezar o risco de experiências de participação popular [...] serem contaminados pelo clientelismo em uma cultura política ambígua como a brasileira e que, ao correr isso, a intenção democrática, participativa e popular se tornará frágil” (NEVES, 2008, p.199). É nessa perceptiva – repleta de dilemas e desafios – que se viu necessário compreender como a

participação política da população usuária dos serviços de saúde ganha materialidade diante das instâncias colegiadas do SUS em um município de pequeno porte.

## **A FRAGILIDADE DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS TERRAS ÁRIDAS DE GOIÁS/GO**

A fim de apresentar a pesquisa, cabe inicialmente uma breve caracterização do município de Goiás, assim como algumas caracterizações da política de saúde no município e como está configurada, uma vez que o Brasil se particulariza como um país com dimensões e configurações tão diferenciadas.

O município de Goiás, como é denominado a antiga capital do Estado de Goiás (1744 -1937), fica localizado a 136 km a noroeste da cidade de Goiânia (hoje capital); carregando em sua trajetória uma história marcada por avanços e retrocessos, evidenciados por uma sociedade hierarquizada com traços do autoritarismo, coronelismo, patriarcalismo e, sobretudo o familismo<sup>7</sup> – expressões não somente na trajetória da cidade, mas também no processo sócio histórico do estado de Goiás.

No que se refere ao quantitativo populacional, o município de Goiás possui 24.727 habitantes (Censo, 2010) e, atualmente os dados (IBGE, 2017) apresentam uma estimativa referente ao quantitativo populacional de 24.103.

De forma sintética, podemos descrever que o município de Goiás conta com 05 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 04 Postos de Saúde – distribuídos entre a área urbana e a área rural do município (alguns destes possuem, ainda, Equipes de Saúde da Família). Na Rede de Atendimento de Urgência, o município possui o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU); o Hospital de Caridade São Pedro D’Alcântara – que recebe recursos financeiros do Sistema Único

---

<sup>7</sup> Para maiores informações ver Campos (1983).

de Saúde (SUS) municipal e estatual – e atende os 17 municípios que compõe a Regional Rio Vermelho<sup>8</sup> (CNESNet, 2017); características de um município de pequeno porte, mas com dimensões territoriais grandes se comparado aos demais municípios do estado de Goiás<sup>9</sup>.

Como exposto, a pesquisa empírica foi realizada em uma destas unidades cujo critério estabelecido foi o maior número de atendimentos cadastrados de saúde e, que contava com equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Nesse processo de pesquisa evidencia-se que ao questionar os usuários sobre sua compreensão de saúde, os mesmos explicitam sua associação à ausência de doença (o que coaduna com grande parte da realidade nacional) e que contrapõe a proposições estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que compreende a saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social. Isso implica em inferir que a procura pela unidade básica se dá diante de situações específicas de adoecimento, requerendo estratégias diferenciadas pelas equipes multiprofissionais para se apropriar dos espaços de saúde de forma diferenciada.

Nesse sentido, infere-se que o trabalho deveria se estender, ainda, para as informações sobre a organicidade do SUS e o papel do mesmo no bojo da sociedade, posto que ainda, denota-se uma estreita e diminuta relação com o atendimento estrito médico-assistencial. A pesquisa identificou, ainda, que os usuários não o compreendem o SUS como dever de Estado, mas sim como serviços de benemerência associado à gestão municipal das diferentes conjunturas.

Conquanto, denota-se que a avaliação dos serviços tem por único parâmetro suas experiências individuais e particulares que, em sua maioria, são atendidas de forma pontual e fragmentada, com percursos longos e tortuosos para chegar às

---

<sup>8</sup>Região composta pelos municípios: Goiás, Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Guaraíta, Heitorai, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossamedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás (CNESNet, 2017).

<sup>9</sup> O município de Goiás possui uma área territorial de 3108km<sup>2</sup>. É considerado e considerada pelo INCRA como o município que proporcionalmente possui o maior número de assentamentos rurais do Estado e do país (GONÇALVES, 2013).



unidades com vistas ao atendimento de suas necessidades. Nesse sentido, os sujeitos relatam que os problemas enfrentados diante destes atendimentos são resolvidos a partir de particularismos e favores prestados quando os mesmos conhecem os trabalhadores da saúde, sobretudo na marcação das consultas.

Sendo assim, os usuários que não possuem essa rede de conhecimento e de “ajuda”, acabam ficando à mercê do adoecimento ou de minimizar o sofrimento com sugestões caseiras, em sua maioria advindas dos vizinhos e parentes – o que deveria ser um direito básico o agendamento na UBS como porta de entrada do SUS, passa a ser um favor que se garante de forma seletiva.

As decorrências desta seletividade se viu nas respostas emitidas pelos usuários desta unidade, em que diante do adoecimento os mesmos utilizam como estratégias para sanar seu adoecimento, inicialmente, os farmacêuticos ou os “curandeiros” da cidade; e, segundo relato de quase a totalidade dos usuários entrevistados, estes resolvem o problema emergencial, posto que estão sempre disponíveis no acesso ao atendimento. E, em casos mais urgentes recorrem ao serviço do único Hospital filantrópico da cidade, e apenas em casos que requerem a média complexidade é que caminham à unidade básica de saúde.

Vale ressaltar que essa trajetória ocorre em casos de adoecimento; já nos acompanhamentos de doenças eletivas, após descobrir as mesmas, aí os usuários permanecem no atendimento da unidade básica, mas resolvendo seus exames via rateio entre familiares, ou ainda na Secretaria da Saúde; mas grande parte deles, à influências políticas, uma minoria recorre ao Ministério Público.

No que tange à essas “influência”, denota-se que as correlações de forças e as trocas de favores fortalecem a perspectiva assistencialista da saúde alicerçada pelos interesses das classes políticas dominantes, contrapondo aos direitos sociais.

Essa dinâmica impacta diretamente no controle social, pois a maioria dos usuários não reconhecem o processo de gestão, efetivação, fiscalização e construção dos serviços prestados pelo SUS como responsabilidade da própria população, sobretudo nas decisões e direcionamentos de saúde.

Sendo assim, denota-se que a participação popular fica com grandes debilidades. Mas advém, em sua grande maioria, pelos usuários entrevistados afirmarem que não sabem da existência do Conselho Municipal de saúde, nem enquanto possibilidade de representação, e muito mesmo como possibilidade de recorrer tanto aos seus problemas emergenciais, como na construção de estratégias que atendam as demandas populacionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Decorrendo no depoimento de que a maioria dos usuários pesquisados nunca participaram das reuniões do conselho ou de qualquer outra instância colegiada do SUS e nem sabem quando ocorrem as mesmas, constituindo – salvo as devidas particularidades – uma participação com contornos de diferentes modalidades de participação, quais sejam: a assistencialista (quando recorrem aos favores de diversos espaços e sujeitos); a corporativa (quando defendem interesses próprios, pelo desconhecimento ou pelo estado de adoecimento); e um toque de participação eleitoral, não como define Nogueira (2011), mas sim no âmbito da representação da maioria da população, ou seja, reduzindo ao voto (que em municípios pequenos ainda persistem formas diferenciadas de compra por diversas vias).

Desta feita, identificou-se que na realidade do município de Goiás as unidades básicas não possuem conselhos locais de saúde – um passo importante e inicial para adentrar aos debates e demandas ao Conselho Municipal de Saúde. E, ainda, não há qualquer trabalho em espaços diferenciados que possibilitem repassar tais informações e construir uma cultura popular que venha ao encontro dos interesses da classe que vive do trabalho. Tais conduções podem reafirmar que, muitas vezes, “os intelectuais [...] não saem do povo, não conhecem suas necessidades, as aspirações, os sofrimentos difusos [...]” (GRAMSCI, 2000, p.344).

A trajetória da saúde no Brasil demonstrou a importância das lutas sociais empreendidas na consolidação dos avanços para a defesa dos direitos, muito embora ainda persistem limites que necessitam ser superados, enfrentando diversos desafios, sobretudo nas particularidades de municípios com as características de Goiás.

Este artigo compreende que a construção de uma cultura política de interesse da classe que vive do trabalho é um passo arenoso, mas que pode iniciar pelo acesso às informações, como mecanismo central da gestão participativa dos usuários de saúde no Sistema Único de Saúde. E, segundo Ventura (2013, p.613).

O acesso à informação pública no Brasil é um direito fundamental do cidadão que estabelece a natureza pública e a disponibilidade de toda a informação produzida ou em poder do Estado. A lei admite apenas restrições ao acesso às informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, e às pessoais, cuja confidencialidade garante o direito de privacidade.

Em vista disso, para a efetivação da participação popular com os parâmetros políticos sinalizados no item anterior na plena efetivação dos direitos de saúde é uma construção contínua e em constante movimento que advém da realidade. Para tanto, a socialização de informação é condição precípua inicial e fundamental para o processo desta participação de forma política e emancipatória.

Desta forma, a participação política, entendida pela perspectiva do Estado Ampliado, possibilita, ainda, a construção de ações que incidem na regulamentação legal de propensões coletivas e de direitos socialmente alicerçados a partir de terrenos comuns organizados (NOGUEIRA, 2011). A participação dos sujeitos nos espaços constituintes e constitutivos das políticas públicas é um mecanismo de democratização dos ambientes deliberativos em todas as esferas de governo, sendo essenciais para a interlocução entre sociedade civil e sociedade política, desencadeado por meio de instrumentos de controle social com vistas à cidadania plena, a partir de uma cultura popular, ou melhor, “nova cultura” (GRAMSCI, 2000).

Esse mesmo autor, afirma que “A premissa da nova literatura não pode deixar de histórico-política, popular: deve ter como objetivo elaborar o que já existe, não importa se de modo polêmico ou de outro modo; o que importe é que se aprofunde suas raízes no húmus da cultura popular tal como ela é, com seus gostos, suas tendências etc, com seu mundo moral e intelectual, ainda que atrasado e convencional” (GRAMSCI, 2000, p.402).

Essa construção deve ser coletiva e cotidiana, seja nos pequenos espaços sociais ou nas instâncias deliberativas e colegiadas do SUS, posto que sua ausência fragiliza o controle social, impondo barreiras para a participação dos usuários e da construção desta nova cultura popular, pautados em mecanismos de democratização e fecundação dos direitos sociais, de cidadania. Portanto, é evidente a necessidade da universalidade do acesso, assim como o cumprimento dos princípios e das diretrizes que regem o SUS, garantindo a efetivação dos direitos que primem pela capacidade de pugna, e na particularidade deste artigo, construindo e defendendo uma saúde pública de qualidade para todos – mesmo diante de todas as contradições que tornam o terreno arenoso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A participação popular ao longo da trajetória da política de saúde é constituinte e constitutiva (institucionalizada ou não) de avanços e ganhos na perspectiva dos direitos sociais, que culminaram na universalidade da saúde, bem como outros princípios e diretrizes de responsabilidade de Estado e direito da população.

A garantia desta materialidade foi institucionalizada a partir das instâncias deliberativas e colegiadas do SUS, que tornaram-se espaços fundamentais para a construção de novas institucionalidades e fortalecimento da política de saúde.

Diante das contradições apresentadas frente a correlação de forças expressas na sociedade capitalista demarcam direcionamentos que prevalecem os interesses dominantes em detrimento da construção de uma nova cultura popular, esta última tendo como fio condutor os interesses da classe que vive do trabalho (na realidade brasileira perfaz os maiores usuários do SUS).

As decorrências denotam-se limites na participação popular, com contornos diferenciados conforme a realidade apresentada, com o destaque para esse artigo à particularidade do município de Goiás/GO. Este embora tenha configurações marcadas pelo coronelismo, patrimonialismo e seus arranjos próprios que divergem

da realidade apresentada pela diversidade brasileira, sinaliza algumas convergências no que tange à participação popular, com destaque a debilidade acerca da compreensão sobre as instâncias deliberativas do SUS em suas possibilidades de defesa dos direitos da saúde.

Tal participação apresenta-se com debilidades, dilemas e desafios que enviesam, e por vezes distorcem os direitos de saúde, contrapondo as garantias conquistadas na política de saúde e recaindo em prejuízos a população usuária a partir das práticas assistencialistas, com contornos permeados pelo jeitinho e pelo favor.

Nesse sentido, torna-se precípua a construção de ações – por parte dos diferentes sujeitos e instâncias do SUS – que tenha como fio condutor, inicialmente, a socialização de informações sobre os direitos dos SUS e sua viabilidade em garanti-los. Essas deferências não imputam uma visão ingênua que pressupõe mudanças significativas a curto prazo pela sociedade política, posto que denota-se grandes interesses em jogo na manutenção do *status quo*.

Conquanto, compreende-se que, no espaço miúdo do cotidiano, tais mudanças podem ser desencadeadas por diferentes sujeitos diante de suas experiências particulares, mas que as mesmas possam ser caminhos importantes para a construção de ações mais ampliadas. Recorrendo à Neves (2008, p.56), quando a autora debate a democracia participativa, e transpondo à temática desse artigo pode-se inferir que (salva as devidas particularidades do estudo): “É através desse conflito na cultura e na política que temos a possibilidade de esse processo de consolidação da democracia permanecer vivo na sociedade brasileira”.

Corroboramos que é uma construção cheia de limites, com nuances das próprias pedras que compõem as ruas do centro histórico no município de Goiás. Mas, essas mesmas pedras que trazem as saliências do caminho e a aridez do sertão, possibilitam a beleza das casas com flores nas janelas e redes nos alpendres, bem como os Ipês amarelos do cerrado. É nesse panorama que a participação política pode ganhar forças e entornos de direitos à população na perspectiva da cidadania.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. A política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T; GERCHMAN, S.;EDLER, F. C. (org). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Brasil. Decreto nº8.243, de 23 de Maio de 2014. **Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências.** Brasília-DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm) Acesso em: 05 jan. 2020.

BRAGA, José Carlos de Souza. PAULA, Sérgio de Goes. Saúde e previdência: estudos de política social. 2ª ed. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza, MATOS. Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate.** In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo, p. 111-138. Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, I. F. **Coronelismo em Goiás.** Goiânia: Editora da UFG, 1983.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

\_\_\_\_\_, NUNES, E; JACOBI, P.R; KARSCH, U.S. A Saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991. (Pensamento social e saúde; v.7).

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere –** Maquiavel Notas sobre o Estado e Política. (Edição Carlos Nelson Coutinho; Co-edição Luiz Sergio Henrique e Marco Aurélio Nogueira) Tradução Luis Sergio Henrique. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, vol. 3, 2000).

NEVES, A. V. **Cultura política e democracia participativa:** um estudo sobre o orçamento participativo. Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a Sociedade Civil:** Temas éticos e políticos da gestão democrática. 3. ed. São Paulo – SP: Cortez, 2011

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para compreensão e crítica [livro eletrônico]; Rio de Janeiro – RJ: FIOCRUZ, 2008.

TELLES, V. da S. **Direitos Sociais:** afinal do que se trata? Belo Horizonte – MG. UFMG, 1999.