

# **A História da Participação Comunitária e os Desafios do Sistema Único de Saúde brasileiro:**

## **Lições para a Democracia e a Saúde no Século XXI**

**Prof. Dr. Arthur Chioro**

**Setembro/2025**

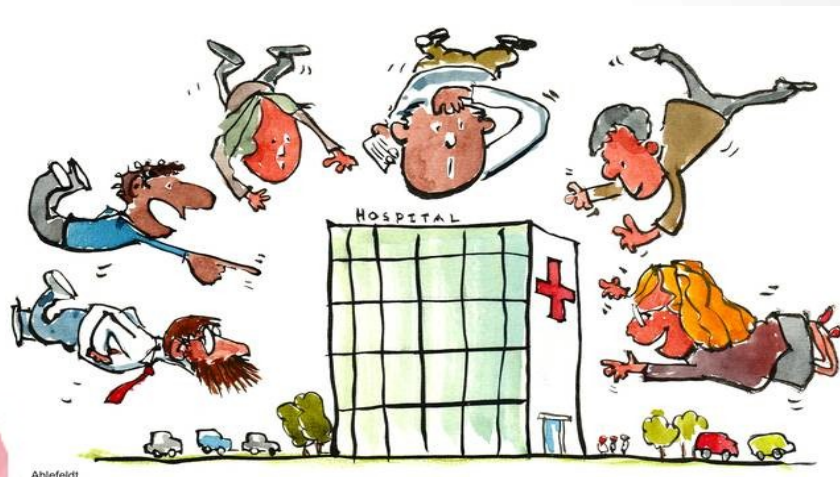


**EBSERH**  
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



# ANTES DO SUS



# O que havia antes do SUS?



- Assistência médica restrita aos que podiam comprar serviços médicos e aos trabalhadores assalariados, contribuintes da previdência social.
- Quem não podia pagar era atendido por instituições filantrópicas (e considerados “**indigentes**”).
- Modelo **curativo** e centrado no **hospital**.
- **Ditadura militar** – regime autoritário e de exceção (1964)
- Contexto de explosão demográfica, urbanização e industrialização desordenada
- Transição epidemiológica tardia, incompleta => imensa **desigualdade social**



# O que havia antes do SUS?

**Sistema de saúde centralizado** e gerido pelo Ministério da Previdência Social

**Ministério da Saúde:** ações preventivas e controle de doenças infecciosas

**Governos estaduais:**

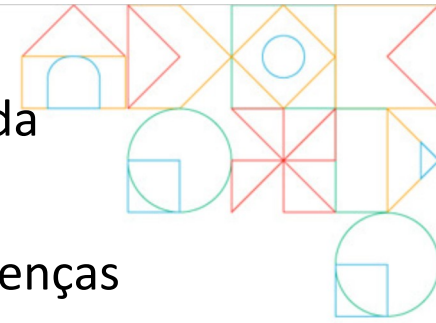
- ações restritas de saúde pública em centros de saúde
- hospitais de isolamento para tuberculose, hanseníase e saúde mental

**Prefeituras:**

- poucas investiam em atenção primária (a partir de 1978)
- municípios maiores: pronto-atendimento para “indigentes”

**Saúde suplementar:**

- oferta restrita e crescimento a partir da década de 60 (medicina de grupo)
- ausência de regulação pública





# Atores sociais - Movimento da Reforma Sanitária

Movimentos populares de saúde

Comunidades eclesiais de base da Igreja Católica

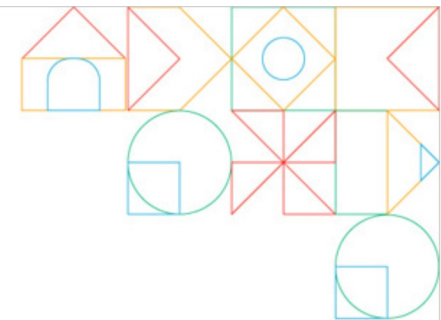
Militantes dos partidos clandestinos e exilados políticos

Movimento sindical e greves operárias (Lula)

Trabalhadores da saúde – médicos sanitaristas e sindicatos de médicos

Secretários de saúde (Alma Ata - SPT 2000)

Universidades Departamentos de Medicina Preventiva e Pediatria Social





Plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília.

# Bases legais do SUS: Constituição de 1988



conceito de saúde assumido de forma ampliada

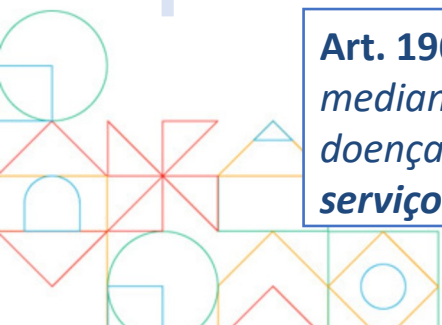
qualidade de vida - depende de emprego, renda, moradia, saneamento, alimentação, educação, lazer e garantia de acesso às ações e serviços de saúde.

saúde entendida como **direito social universal**, direito de cidadania, que se confunde com o direito à vida.

ações e serviços de saúde caracterizados como de **relevância pública**.

direito social (direito à saúde) **deve ser assegurado pelo Estado** - criação de um Sistema Único de Saúde (SUS)

**Art. 196:** “A Saúde é **direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação**”



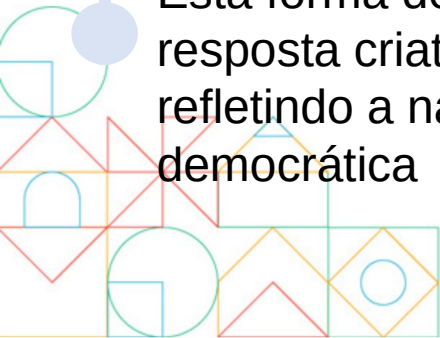
# A Gênese do SUS: A Reforma Sanitária como Luta por Democracia e Direitos



Constituição Federal de 1988: consagrou a saúde como "direito de todos e dever do Estado", sob os princípios da **universalidade, integralidade, equidade**

O SUS, sistema descentralizado e hierarquizado, com a **participação da comunidade** em sua gestão, consolidou-se como um **projeto de Estado** e não apenas de governo

Esta forma de participação popular não foi uma simples cópia, mas uma resposta criativa a uma fragilidade percebida em relação ao modelo italiano, refletindo a natureza do SUS como uma "obra em aberto" de radicalização democrática



# A Gênese do SUS: A Reforma Sanitária como Luta por Democracia e Direitos



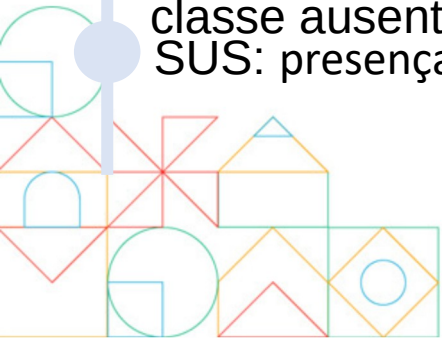
Movimento da Reforma Sanitária foi parte fundamental do movimento de redemocratização do país

8ª Conferência Nacional de Saúde (1986): espaço radicalmente democrático que reuniu representantes de diversos setores da sociedade

O Movimento da Reforma Sanitária se inspirou diretamente na experiência da reforma sanitária italiana.

A análise da experiência italiana revelou um desafio significativo: a pouca participação da classe operária no Brasil nas lutas por saúde (“fantasma da classe ausente”).

SUS: presença formal da sociedade na gestão do sistema

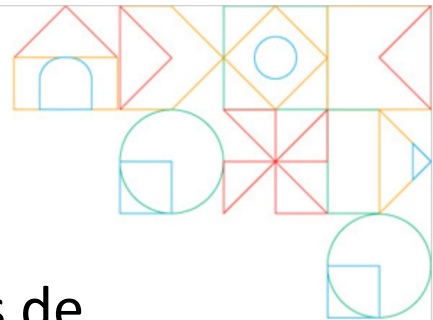


## Controle e participação social:

É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, pode participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todas as esferas de governo.

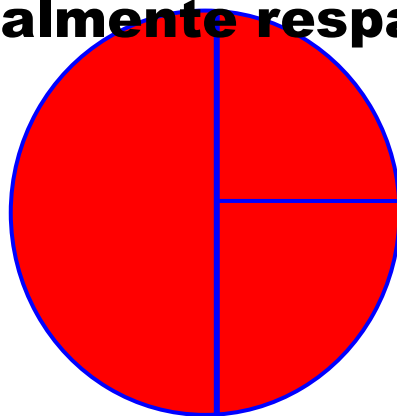
Essa participação se dá com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo, nos:

- **conselhos de saúde**
- **conferências de saúde**



## A composição paritária confere um poder de controle social robusto e legalmente respaldado.

½ metade  
de usuários  
do Sistema.



¼ de gestores, prestadores  
de serviços de saúde.

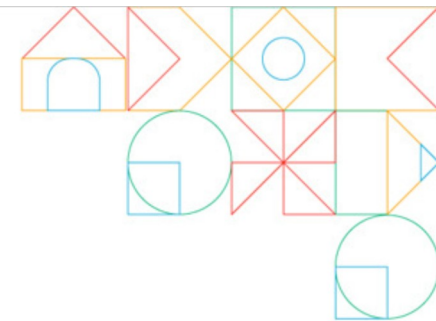
¼ de trabalhadores  
dos serviços de saúde

½

Usuários

½

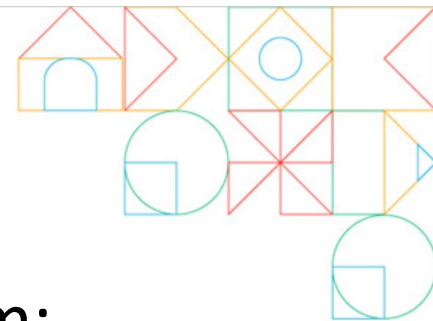
Outros



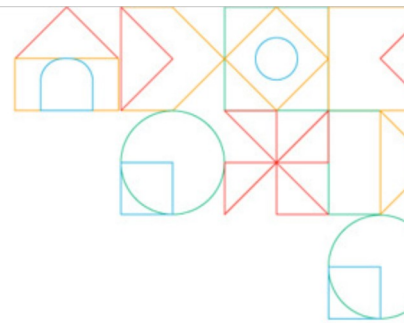
diretamente pelos usuários, ou

entidades organizadas que os representam:

- entidades de bairro e associações de moradores
- sindicatos de trabalhadores e centrais sindicais
- sindicatos e entidades patronais
- associações de familiares e portadores de patologia
- entidades de defesa dos direitos humanos e sociais
- organizações ligadas à preservação do meio ambiente
- estudantes
- aposentados
- movimentos populares de saúde
- etc.



# Participação social: trabalhadores da saúde



- entidades sindicais ligadas à saúde de servidores públicos das 3 esferas de governo
- associações e conselhos de categorias profissionais
- representantes escolhidos diretamente pelos companheiros de trabalho



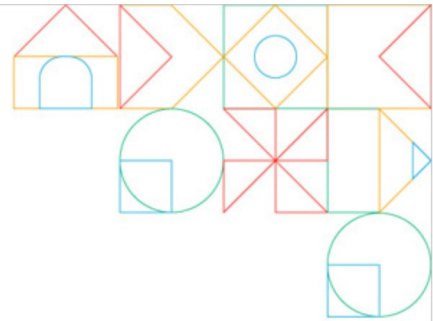
# Conselhos de Saúde:

Órgão colegiado, deliberativo e permanente em cada esfera de governo.

Fazem parte da estrutura das secretarias de saúde e do MS:

- Federal: Conselho Nacional de Saúde
- Estadual: Conselhos Estaduais de Saúde
- Municipal: Conselhos Municipais de Saúde.

Tem a missão de definir e acompanhar a implementação das ações de saúde, além da fiscalização do uso dos recursos financeiros



## Conselhos de Saúde:

Em tese, todas as políticas devem ser apresentadas, discutidas e aprovadas no respectivo conselho, inclusive o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão

Em alguns municípios existem Conselhos Gestores ou Locais de Saúde, ampliando ainda mais a descentralização e democratização da gestão da saúde.

### **Objetivo:**

- propor ações para solucionar problemas relativos ao sistema local de saúde
- organizar os serviços de saúde atendendo às necessidades prioritárias da população
- permitir a democratização das decisões

# Conferências de Saúde:

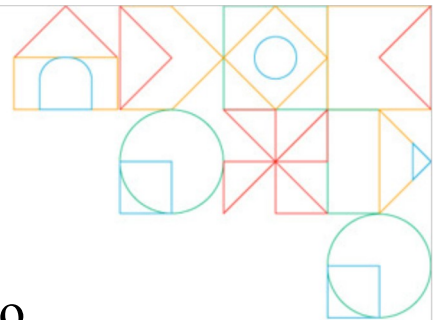
Obrigatórias nas três esferas de governo

São as instâncias máximas de deliberação do SUS, devendo ocorrer periodicamente e definir as prioridades, diretrizes e linhas de ação para a saúde.

As conferências nacionais e estaduais ocorrem a cada quatro anos e as municipais são anuais ou bianuais.



Em 2023 foi realizada a 17ª Conferência Nacional de Saúde



# Pilares Institucionais da Democracia em Saúde: Conferências e Conselhos



Frutos diretos da luta do Movimento da Reforma Sanitária, buscam legitimar a política pública de saúde a partir do diálogo com a sociedade (**democracia participativa**)

Representam a expressão máxima do ideal democrático do SUS: a construção política de saúde (em tese), a partir de uma base ampla e diversificada.

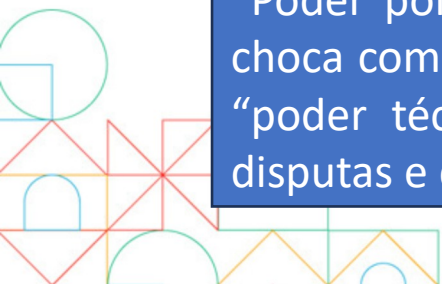
A participação social é considerada um "princípio finalístico" do sistema, disputando com o poder econômico e neoliberal os recursos e o horizonte da saúde pública universal





- A institucionalização da participação não garante sua efetividade.
- Os atores sociais precisam resistir à fragmentação e à instrumentalização política
- Desafio: organizar-se em torno de uma agenda que transcenda os interesses locais e imediatos

“Poder político” (a capacidade de mobilizar grupos) dos conselheiros se choca com o “poder administrativo” (a capacidade de alocar recursos) e o “poder técnico” (a assimetria de informações especializadas), gerando disputas e desafios



# O tenso e exitoso processo de construção do SUS

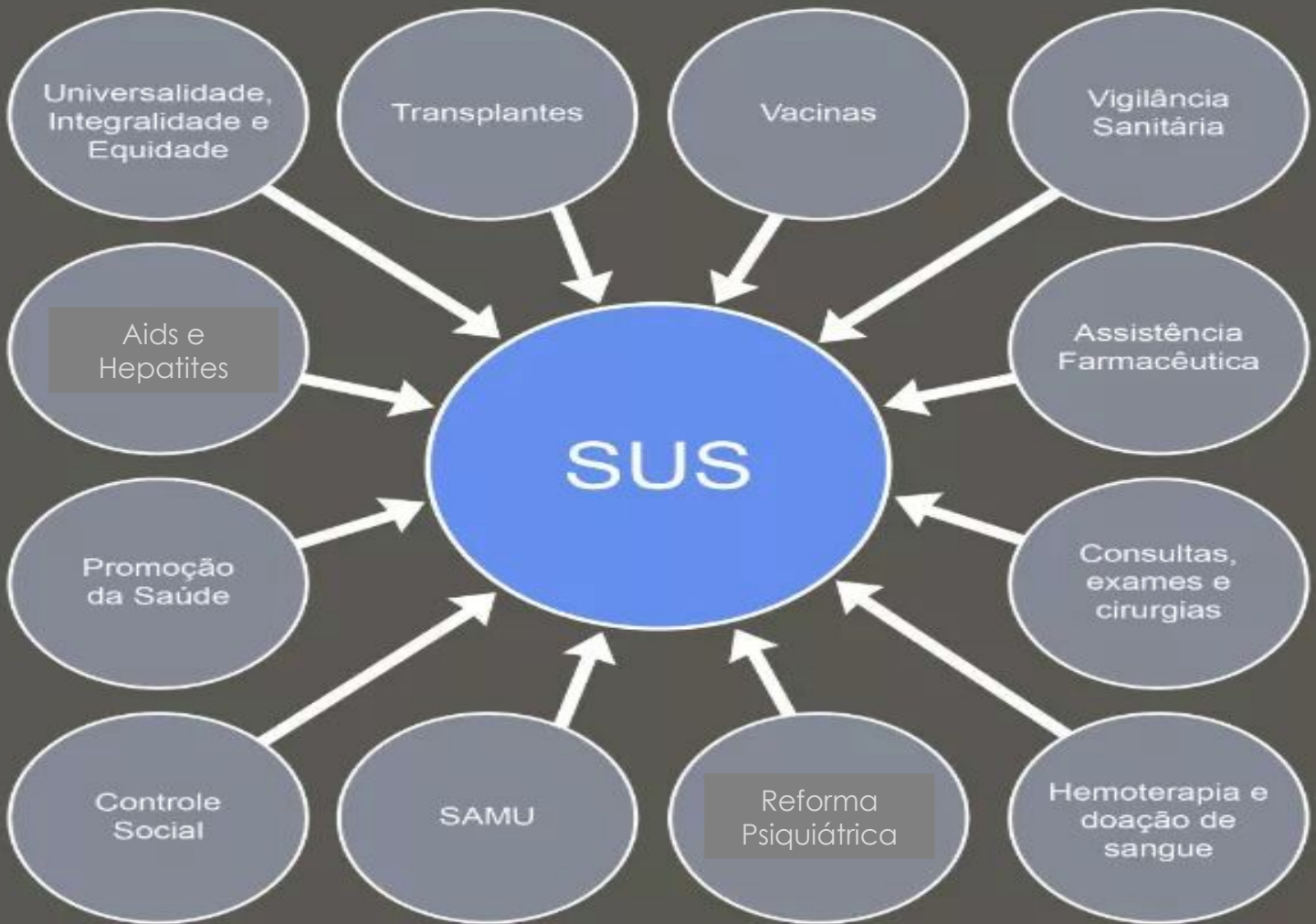


SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, se propondo a garantir atenção integral e gratuita para a totalidade da população

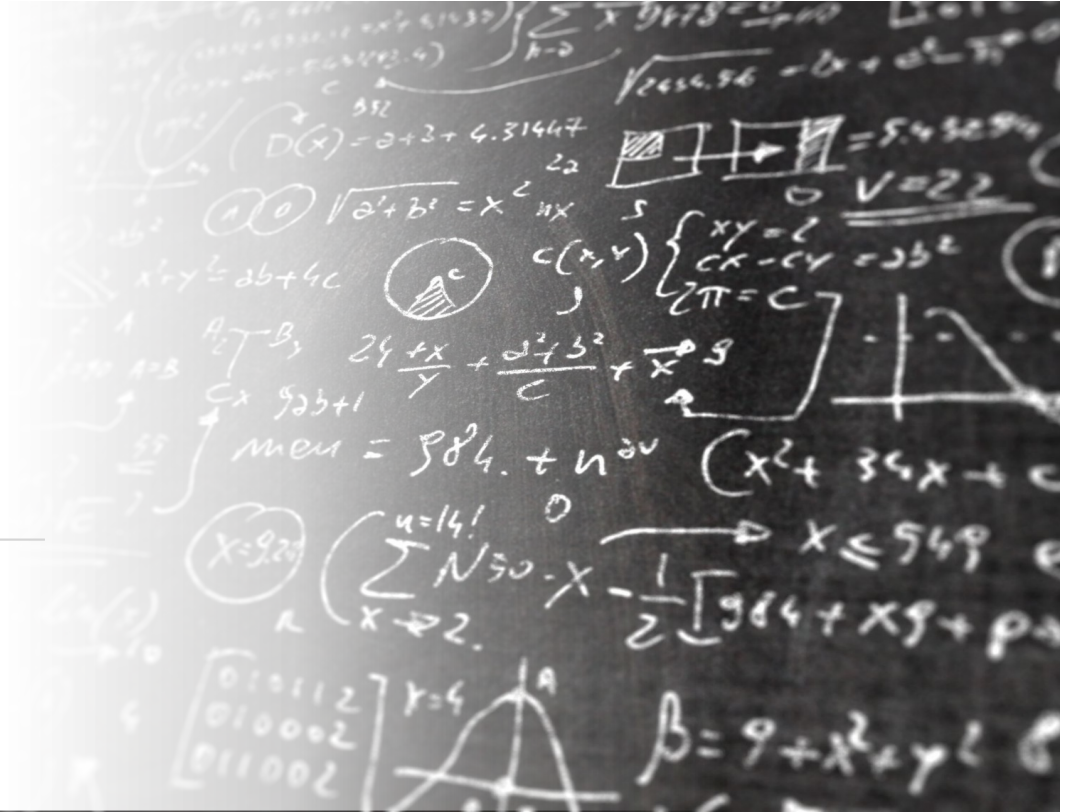
Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a garantir sistema universal na sua Constituição

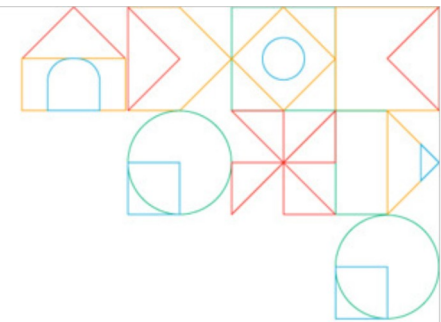
**51 milhões de brasileiros  
contam com planos privados de  
saúde**





# Complexidade e desafios do SUS





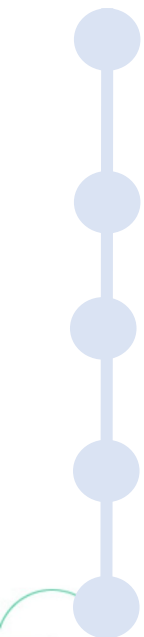
**Dimensão geográfica do país (8,5 milhões Km<sup>2</sup>)**

**Grandes diferenças regionais**

**Estrutura econômica-social heterogênea**

**Dimensão populacional**

**As mudanças demográficas, epidemiológicas e nutricionais**



# ESTRUTURA INTERFEDERATIVA COMPLEXA

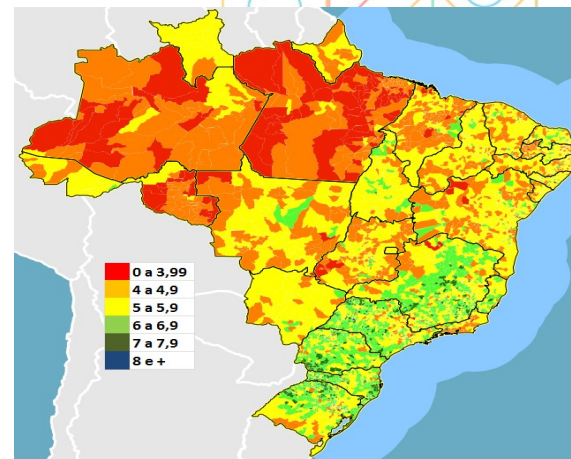
26 Estados e 1 Distrito Federal

5.571 municípios (70% < 20mil/hab.)

heterogeneidade regional e política

complexidade que exige mecanismos de articulação e

cooperação solidários e efetivos



# ESTRUTURA INTERFEDERATIVA COMPLEXA

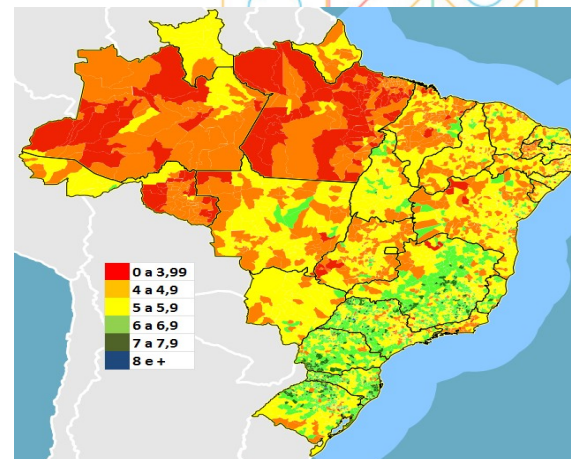
Frágil divisão de competências

Falta de autonomia

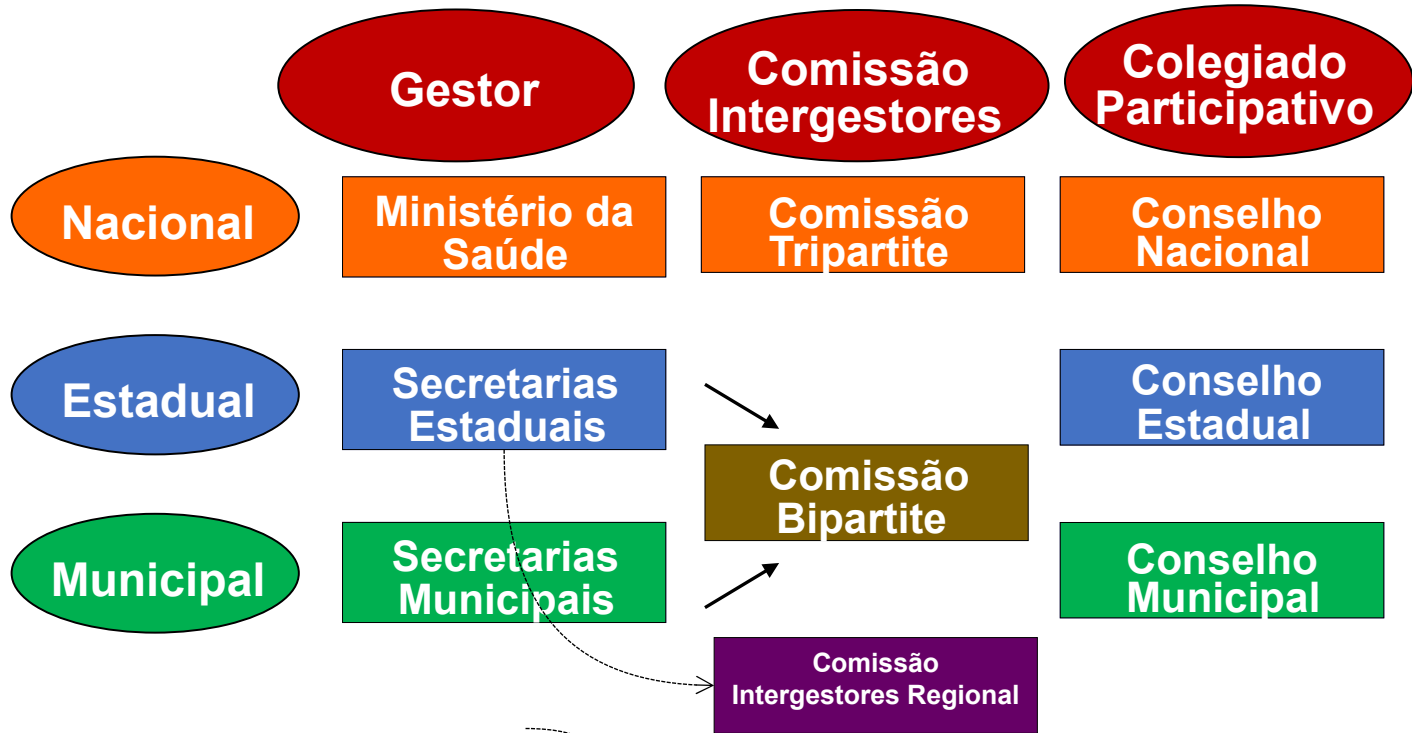
Apoio para cumprir funções

Enormes diferenças regionais

Desresponsabilização pelo cumprimento das atribuições



# Estrutura Institucional e Decisória do SUS



# SUBFINANCIAMENTO DO SUS



O Brasil é o **único** sistema universal do mundo em que o gasto público de saúde responde por **menos da metade** do gasto



EURO 0,58 por habitante/dia



É o valor que o Brasil aplica em recursos públicos para a saúde oriundos das **três esferas** de Governo



# Aspectos Políticos e Institucionais

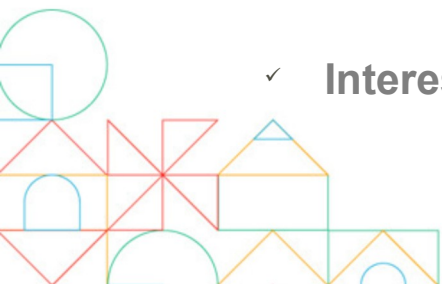


**Cultura política conservadora, clientelista e fisiológica hegemônica**

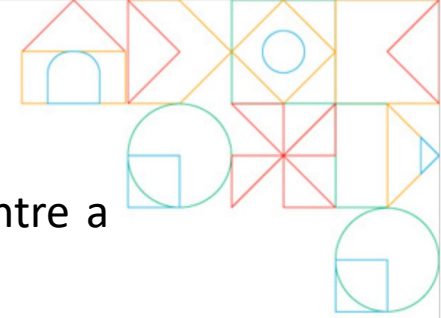
**Frágil apoio dos segmentos organizados da sociedade ao SUS**

**Relação público x privado:**

- ✓ **pressões corporativas e empresariais**
- ✓ **Interesses do Complexo Médico Industrial**



# A Tensão da Gestão: Descentralização, Regionalização e o Fantasma da Fragmentação

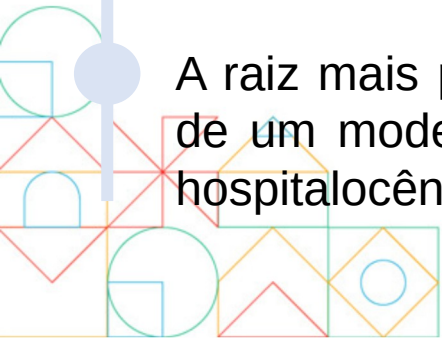


A história da gestão do SUS é também uma crônica de tensões entre a descentralização, a municipalização e a regionalização

Nos anos de 1990, a municipalização foi estratégia bem-sucedida na ampliação do acesso e na efetivação do controle social em muitas localidades, mas também resultou em uma rede de sistemas de saúde isolados e fragmentados

A partir de 2000, buscou-se fortalecer o federalismo cooperativo, no entanto, houve falhas significativas, e não se conseguiu superar a fragmentação e a falta de recursos para financiar os arranjos regionais.

A raiz mais profunda da fragmentação, no entanto, reside na hegemonia de um modelo de atenção à saúde que ainda é biomédico, privatista e hospitalocêntrico



# A Micropolítica do Cuidado no Território

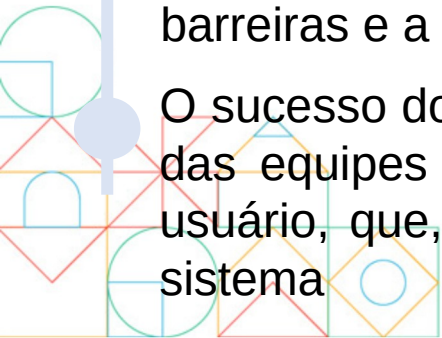


A implementação das políticas federais do SUS confronta-se diariamente com a realidade da “micropolítica do cuidado”, onde portarias, normas e protocolos coexistem com a “vida como ela é”

A “regionalização viva” demanda mudança cultural e articulação horizontal entre os serviços, baseada no planejamento de longo prazo, “gestão compartilhada” e no cuidado centrado no usuário

Redes vivas exigem conexões circunstanciais, muitas vezes informais e invisíveis, que profissionais e usuários tecem no cotidiano para superar as barreiras e a fragmentação do sistema

O sucesso do cuidado não reside na imposição de regras, mas na capacidade das equipes se abrirem para a “vida como ela é” e para o “agir leigo” do usuário, que, com sua própria inteligência, encontra formas de navegar pelo sistema



# Diálogo Brasil-Itália: Reformas, Crises e Lições Aprendidas

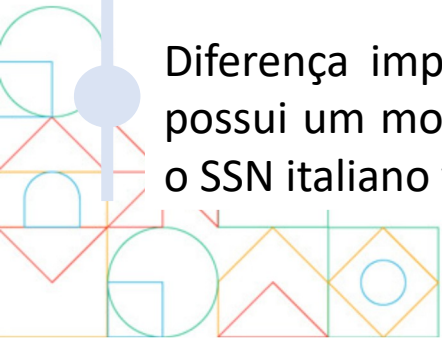


A comparação entre o SSN da Itália e o SUS do Brasil revela um paralelismo notável em suas origens, mas também trajetórias que divergem significativamente em resposta a desafios contemporâneos

Ambos os sistemas são cunhados na filosofia do direito à saúde e na luta por democracia, buscando garantir o acesso universal à saúde para suas populações.

As políticas de austeridade fiscal sabotam a sustentabilidade de ambos e podem gerar graves consequências para a condição de vida e saúde da população

Diferença importante são os mecanismos de participação social. Enquanto o SUS possui um modelo mais institucionalizado, com Conselhos e Conferências de Saúde, o SSN italiano valoriza o "ativismo político" e as "auditorias cívicas"



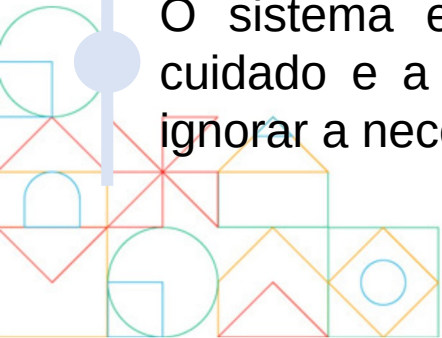
# Conclusão: O SUS como uma Obra Aberta e a Luta Pela sua Reconstrução



Com a inspiração da reforma italiana e a luta pela redemocratização, o Brasil construiu um sistema que, apesar de suas imperfeições, é um dos maiores e mais ousados projetos de saúde pública do mundo.

A institucionalização da participação comunitária por meio de Conselhos e Conferências promoveu o direito de a sociedade dialogar e participar da gestão pública, embora este mecanismo esteja sob constante tensão e o risco de ser instrumentalizado

O sistema enfrenta um subfinanciamento crônico, a fragmentação do cuidado e a hegemonia de um modelo hospitalocêntrico que insiste em ignorar a necessária articulação em rede



## Conclusão: O SUS como uma Obra Aberta e a Luta Pela sua Reconstrução

O fracasso de instrumentos burocráticos para a regionalização mostra que a solução não virá apenas de normas e leis. Valorizar a micropolítica do cuidado, as "redes vivas", o "agir leigo" e a participação comunitária é fundamental.

Não é apenas uma batalha por mais recursos e programas. É uma renovada aposta na **radicalização democrática, na mobilização social e na valorização das práticas de cuidado** que se dão nos territórios.

**RECONHECER NECESSIDADES DE SAÚDE  
RECONHECER AS NECESSIDADES DA VIDA**

**É A BASE DO CUIDADO**



**O CENTRO DO CUIDADO É A  
PRODUÇÃO DAS VIDAS**

## QUADRANTE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

CONDIÇÕES DE VIDA

CONSUMO DE TECNOLOGIAS

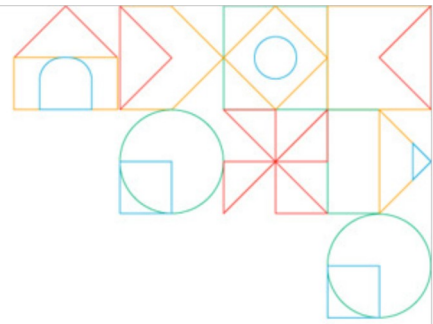
PRODUZIR VINCULO

AUTONOMIA NO ANDAR A VIDA

# VIDAS ATRAVESSADAS PELAS DESIGUALDADES – SINGULARIDADES – POTENCIAS - VULNERABILIDADES

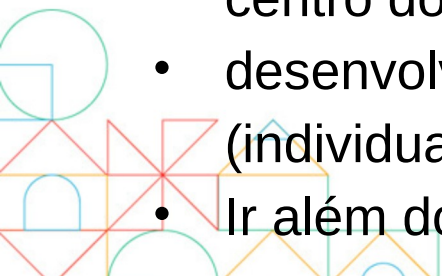


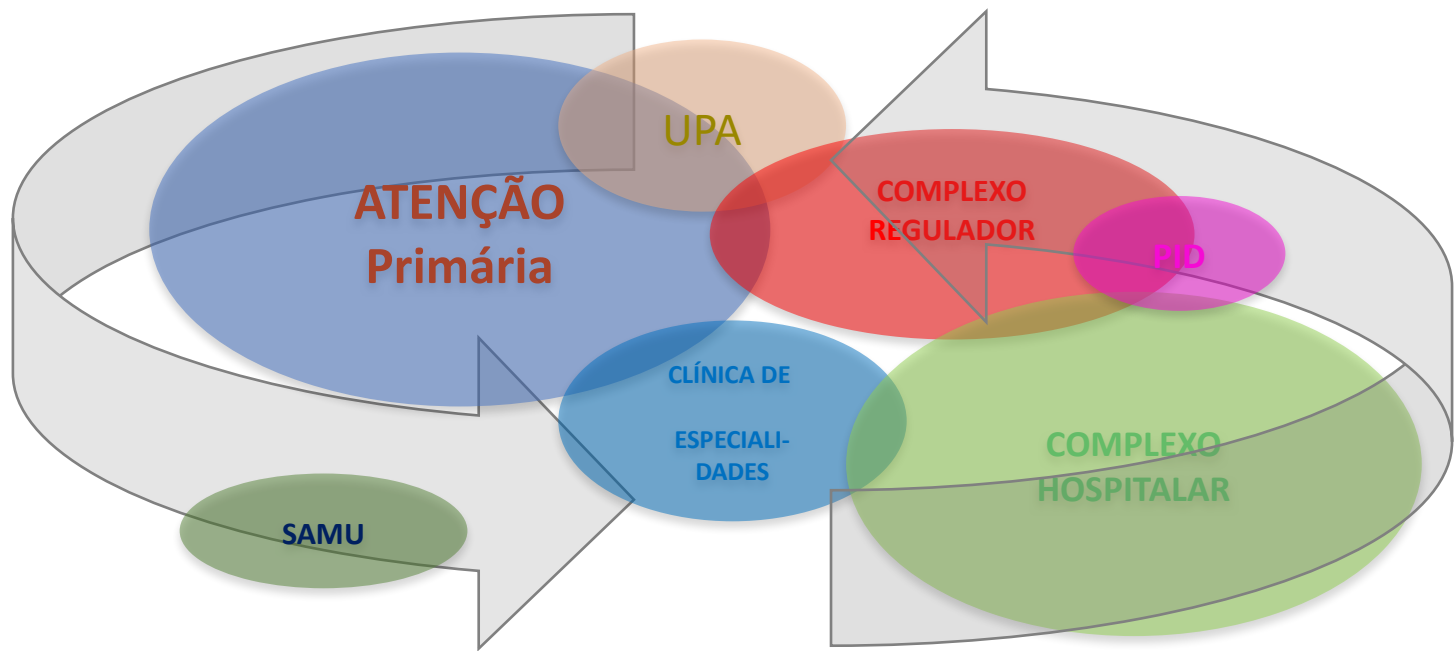
## Conclusão: O SUS como uma Obra Aberta e a Luta Pela sua Reconstrução



Participação comunitária e do ensino nos serviços territoriais permitem:

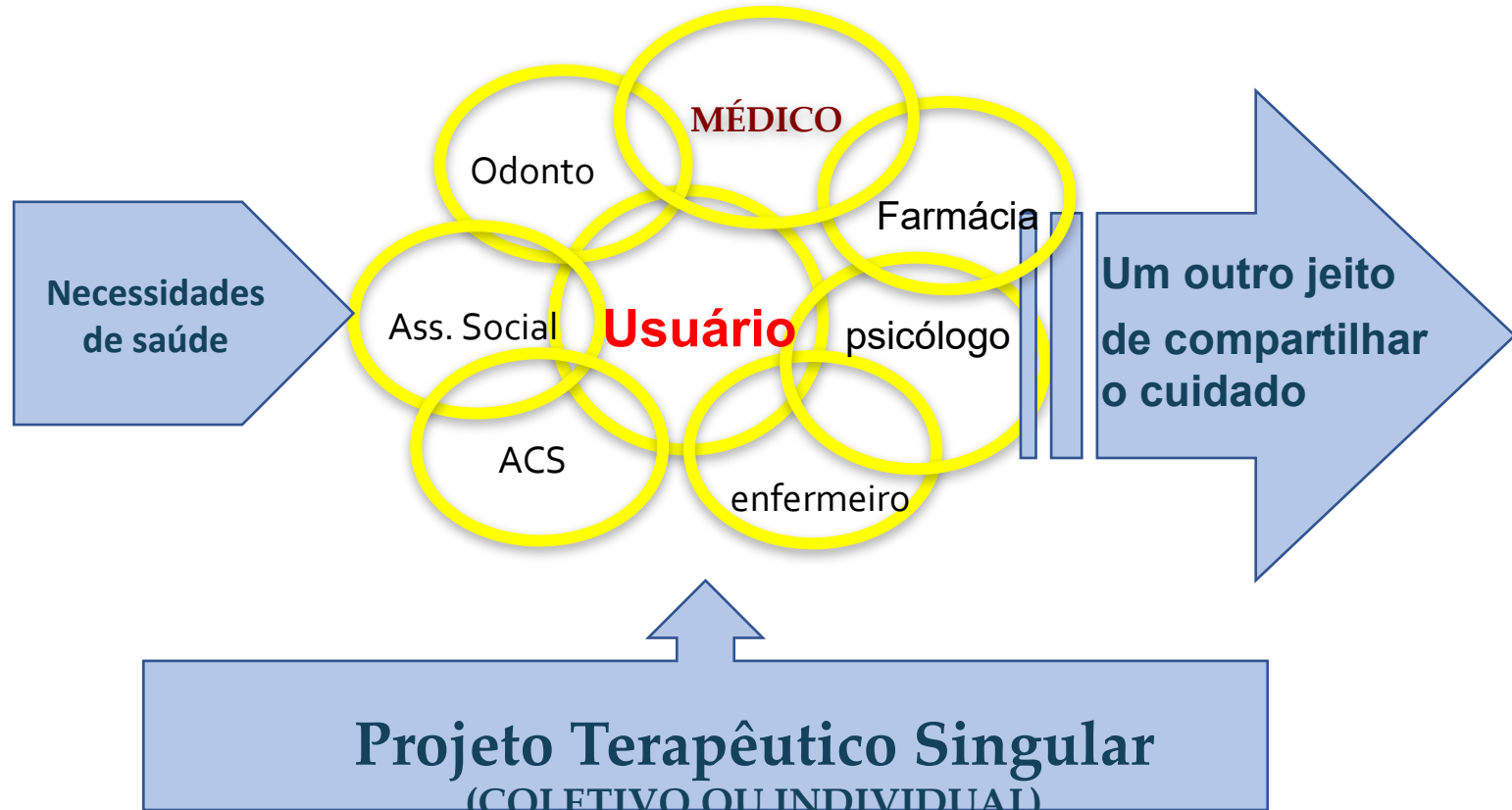
- a produção de redes vivas, a partir da integração dos serviços, das equipes e da comunidade
- lidar com os determinantes sociais do processo saúde-doença
- criar coresponsabilização e cogestão
- colocar os usuários (e a própria comunidade) no centro do cuidado em saúde
- desenvolver projetos singulares de cuidado (individuais e coletivos)
- Ir além do modelo biomédico e suas limitações



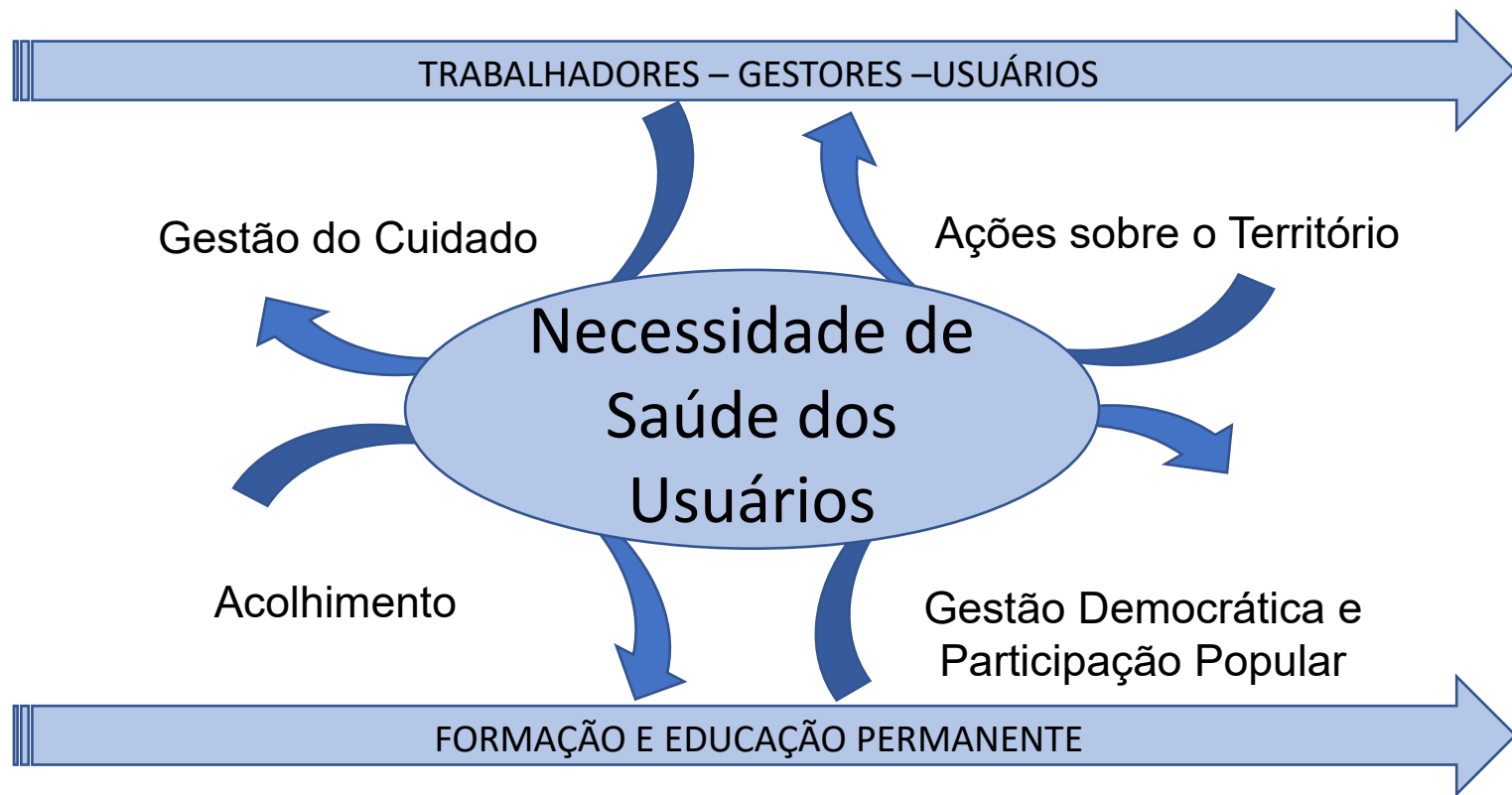


# EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Profissionais envolvidos no cuidado



# Centralidade no Usuário



## Conclusão: O SUS como uma Obra Aberta e a Luta Pela sua Reconstrução

A tragédia da pandemia de Covid, do povo Yanomami e a desestruturação de programas de saúde mental e de imunização no Governo Bolsonaro são exemplos dolorosos dos danos que a falta de democracia e de compromisso com a saúde pública podem causar. A defesa do SUS e de sistemas universais de saúde, nascidos da luta por direitos, é a defesa de um modelo de saúde que resiste à mercantilização e que continua a ser uma promessa de mais vida e mais cidadania para todos.

## DISPUTA ENTRE DOIS PROJETOS:

ACESSO UNIVERSAL

(direitos e democracia)

X

COBERTURA "UNIVERSAL"

(MERCADO)

# Conclusão

O SUS é a mais importante e consistente experiência democrática de reforma do Estado brasileiro em curso.

**Uma conquista da sociedade brasileira !**

**Um projeto ético-político civilizatório** que se funda nos princípios da solidariedade e da justiça social e pelo qual vale a pena continuar lutando...





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

