



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE  
DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DO DISTRITO  
FEDERAL, CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E  
CONFERÊNCIAS NACIONAIS SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS  
COM DEFICIÊNCIA.**

**ANACLECIA LOYANE SOUZA DE CARVALHO**

**BRASÍLIA – DF  
2015**

**ANACLECIA LOYANE SOUZA DE CARVALHO**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE  
DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DO DISTRITO  
FEDERAL, CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E  
CONFERÊNCIAS NACIONAIS SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS  
COM DEFICIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social, com orientação da professora Lucélia Luiz Pereira.

**BRASÍLIA – DF  
2015**

**ANACLECIA LOYANE SOUZA DE CARVALHO**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE  
DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DO DISTRITO  
FEDERAL, CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E  
CONFERÊNCIAS NACIONAIS SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS  
COM DEFICIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Lucélia Luiz Pereira – Orientadora  
Departamento de Serviço Social - SER  
Universidade de Brasília - UnB

---

Thaís Kristosch Imperatori – Membro Externo  
Mestre em Política Social – UnB  
Assistente Social – PPNE/UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréia de Oliveira – Membro Interno  
Departamento de Serviço Social – SER  
Universidade de Brasília – UnB

BRASÍLIA, 31 DE AGOSTO DE 2015.

Ao meu pai, Francisco Aparecido, *in memoriam*. Alegria da minha infância e ausência dos meus dias. Amo-te.

## AGRADECIMENTOS

Ao terno Deus, pelo dom da vida, pelo amor, força e por toda a forma de carinho que Ele me concede ao mostrar de maneira tão agradável, colocando pessoas maravilhosas em minha vida que me fortalecem sempre, e a Nossa Senhora, por me ensinar a ser paciente ser meu alento nos desesperos.

À Francinete, minha mãe querida, que na ausência do meu pai, foi mãe e pai, por todo o seu amor e suor para que eu pudesse terminar a faculdade tranquilamente e por todo o seu apoio nesse processo de construção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Você é a minha força motivadora. Amo-te mais que a mim. Você esteve ao meu lado e me apoiou, muito obrigada, a você dedico este trabalho.

À minha irmã, Ana Rita, extensão do amor e carinho do meu pai. Por ser minha melhor amiga e por ter, tantas vezes, me incentivado a escrever e a não desistir deste TCC. Você é o meu tesouro e inspiração. À minha tia Geracina, por tantas vezes ter me ajudado para que eu tivesse mais tempo para me dedicar a este trabalho. Vocês são meu porto seguro.

Aos mais valiosos presentes de Deus em minha vida, meus amigos, Gleison, Yasmin, Rafaela, Saulo, e Attany meus anjos. Por terem estado comigo nesse momento tão difícil, mas que todos os seus afagos e manifestação de carinho, de incentivo, e interesse em me ajudar, o fez menos pesado. Vocês fazem parte da minha essência.

Ao Núcleo de Serviço Social do Hospital Regional do Gama, a todas as assistentes sociais e ao corpo técnico, em especial à assistente social Mariana, por terem me acolhido tão prontamente. Pelo rico processo de supervisão de estágio, momentos de conversa, descontração e debates, foi nesse período que decidi que seria sobre a saúde que eu iria falar.

Ao Programa de Educação Tutorial – PET/SER e aos petianos, por todo o apoio para que a escrita deste TCC fosse concluída, em especial na reta final, pela construção crítica que adquiri e pela dinamicidade de trabalho, tão valiosa. À professora tutora do PET, Ailta, pelos ensinamentos, dedicação e carinho. Às duas amigas que me mostraram caminhos alternativos à desistência, e por serem âmagos nas angústias, Marizânia e Amanda.

À professora Lucélia Luiz, por ter aceitado me orientar, sendo atenciosa e disponível, pelas valiosas orientações, gratidão. À banca, formada pelas professoras Lucélia Luiz, Thaís Imperatori e Andréia de Oliveira, por terem aceitado estar presentes em um momento tão

importante em minha vida, em especial à Thaís, por ter me acompanhado na construção de parte deste TCC, em disciplina passada, gratidão pela paciência e cuidado.

A todas as felicidades do curso, em especial a Kamilla, Mariana, e Adriana, por terem vivido comigo, momentos alegres e de descontração, ainda que por caminhos tão diferentes, vocês permanecem presentes em minha vida.

A todos que contribuíram para o meu processo educação, em especial à Leidiane, por ter feito da parte da minha infância e me ajudado tantas vezes a aprender e por facilitar a minha vida com sua alegria, gratidão. Ao Ronaldo, por ter tantas vezes, me buscado na escola, compartilhando seu tempo e sua vida comigo, você é faz parte da minha família. Aos meus primos João e Ailton por tantas vezes terem me apoiado nesse processo, obrigada.

A todos vocês e aos que de alguma forma se importaram com esse TCC, gratidão.

"A felicidade é só isso mesmo, uma resistência heroica contra a finitude de cada instante da vida.

[...]

A felicidade é todo o instante que você não quer que acabe.

A felicidade é todo instante que você percebe que a vida é mágica e deveria durar para sempre"

Clóvis de Barros Filho

## RESUMO

Este trabalho objetiva apresentar uma análise sobre a incorporação das propostas relacionadas à pessoa com deficiência nas Conferências de Saúde do Distrito Federal (6ª a 8ª), nas Conferências Nacionais de Saúde (12ª a 14ª) e nas Conferências Nacionais sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (1ª a 3ª) como um mecanismo de participação social da pessoa com deficiência. Para tanto foi necessário abordar a construção da saúde pública, reforma sanitária, inovação do conceito de saúde, derrocada da ditadura militar, participação social no Brasil, processos esses, somados às conquistas do movimento político da pessoa com deficiência e às tímidas ações do Estado perante esta população. Utilizou-se como recurso metodológico a análise documental dos relatórios das nove (9) conferências, categorizando as propostas relacionadas à pessoa com deficiência, como política de ação afirmativa, financiamento, saúde, considerando o proposto pela Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e o Plano Viver Sem Limite que configuram as mais recentes ações do Estado para o planejamento de ações para esta população. Como principais resultados destaca-se, a área de saúde com 116 propostas, sendo 81 das Conferências Nacionais sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, seguidas de 36 das Conferências de Saúde do Distrito Federal e Conferências Nacionais de Saúde, e a área de política de ação afirmativa, com 39 propostas nas Conferências de Saúde Nacionais e do Distrito Federal, e 33 nas Conferências Nacionais sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

Palavras chave: Pessoa com deficiência. Participação Social, Saúde, Conferências.



## **ABSTRACT**

This work aims to present an analysis about the incorporation of the proposals which are related to disabled people in the 6th, 7th and 8th Distrito Federal Health Conferences, 12th, 13th and 14th National Health Conferences and in the 1st, 2nd and 3rd National Conferences. About the Rights of Disabled People, as a mechanism of social participation of disabled people. To this purpose, it was necessary to address the construction of public health, sanitary reform, innovation in health concept, collapse of Brazilian military dictatorship, social participation in Brazil, processing these, added to the achievements of the political movement of the disabled persons and the timid State actions towards this population. It was used as a methodological resource into the documentary analysis of the reports from nine conferences, categorising the proposals related to the disabled people, such as the affirmative action policy, funding, health, considering that proposed by the Convention about the Rights of Persons with Disabilities and the Plan Unlimited Living that make up the most recent State actions to plan of actions for this population. In the results, the health area stood out on 116 proposals, of which 81 were from the Conferences about the Rights of Disabled People, were followed by 36 of Distrito Federal Health Conferences and National Health Conferences, and the affirmative action policy area, with 39 proposals on National Health Conferences and Distrito Federal Health Conferences, 33 in the National Conferences about the Rights of Persons with Disabilities.

Key words: Disabled People. Social Participation, Health Conferences.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

ABNT - Associação Brasileira de Normas e Técnicas  
AIPD - Ano Internacional das Pessoas Deficientes  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CF - Constituição Federal  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CNDPD - Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência  
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
CORDE - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência  
CSDF - Conferência de Saúde do Distrito Federal  
DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DNS - Departamento Nacional de Saúde  
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública  
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais  
MESP - Ministério da Educação e Saúde pública  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MPD - Movimento das Pessoas com Deficiência no Brasil  
MS - Ministério da Saúde  
MSB - Movimento Sanitário Brasileiro  
ONU - Organização Mundial das Nações Unidas  
OP - Orçamento Participativo  
OPNES - Organizações Públicas Não-estatais  
OS - Organizações Sociais

PET/SER - Programa de Educação Tutorial/Serviço Social

PPNE/UnB - Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais

SDH/PR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

## LISTA DE GRÁFICOS e TABELAS

### Gráfico

Gráfico 1 – Número de propostas relacionadas à Pessoa com Deficiência na área Política de Ação Afirmativa por tipo de Conferência.....	53
Gráfico 2 – Número de propostas relacionadas à Pessoa com Deficiência na área de Saúde/SUS por tipo de Conferência.....	55
Gráfico 3 – Número de propostas relacionadas à Pessoa com Deficiência na área de Financiamento por tipo de Conferência.....	57

### Tabela

Tabela 01 - Número de propostas por área relacionadas à Pessoa com Deficiência segundo tipo de Conferência.....	51
---	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
Metodologia.....	14
<b>CAPÍTULO 1 ANÁLISE HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DO SUS E O RECONHECIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COMO SUJEITO DE DIREITOS.....</b>	<b>17</b>
1.1 Historicidade da saúde.....	17
1.2 O Movimento Sanitário e seus desdobramentos.....	21
1.3 Pessoa com Deficiência .....	27
<b>CAPÍTULO 2 ANÁLISE HISTÓRICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE..</b>	<b>33</b>
2.1 Participação social no Brasil .....	33
2.2 Participação social na saúde .....	38
2.3 Controle Social .....	41
2.4 Conferência e Conselhos de Saúde.....	43
<b>CAPÍTULO 3 ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DE PROPOSTAS REFERENTES À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (6ª A 8ª), CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (12ª A 14ª) E CONFERÊNCIAS NACIONAIS DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (1ª A 3ª). .....</b>	<b>50</b>
3.1 Política de Ação Afirmativa .....	52
3.2 Saúde/Sistema Único de Saúde .....	54
3.3 Financiamento .....	56
3.4 Legislação.....	57
3.5 Seguridade Social .....	58
3.6 Controle Social .....	58
3.7 Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CNDPD) .....	59
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>

## **INTRODUÇÃO**

Buscou-se discutir no presente trabalho a construção da participação social no Brasil e sua materialização na saúde, enquanto controle social, reconhecendo que esta construção é indissociável à saúde pública. Atualmente, a saúde sofre fortes pressões para a sua desregulamentação e cessão à privatização, conseqüentemente, a perda de um direito social conquistado. Para tanto, a participação social se faz fundamental para que se fortaleça o ideário baseado na Reforma Sanitária Brasileira.

O motivo norteador desse trabalho foi o processo de estágio obrigatório, ocorrido durante o ano de 2013, em um hospital público de uma cidade satélite do Distrito Federal, despertando assim o meu interesse pela política de saúde e sua defesa, bem como o rico processo de permanência no Programa de Educação Tutorial/Serviço Social (PET/SER) que tratou do tema deficiência, fazendo-me iniciar o conhecimento teórico sobre o tema.

O objetivo geral do trabalho foi analisar a incorporação de propostas sobre saúde da pessoa com deficiência nas Conferências Nacionais de Saúde (12<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup>) e Conferências de Saúde do Distrito Federal (6<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup>) e Conferências Nacionais Sobre Direitos da Pessoa com Deficiência (1<sup>a</sup> a 3<sup>a</sup>), nos anos de 2003 a 2011. E teve como objetivos específicos: Realizar levantamento dos Relatórios Finais das Conferências de Saúde Nacionais e Conferências de Saúde do Distrito Federal nos últimos 08 anos; Analisar de que forma as propostas das conferencias incorporam as demandas do público Pessoa com Deficiência; Caracterizar os tipos de demandas das Pessoas com Deficiência presentes nas propostas das Conferências.

### **Metodologia**

A metodologia utilizada foi análise documental, pois o uso de documentos em pesquisas, segundo Sá-Silva et al (2009, p. 2) “possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural”, ao parafrasear Cellard, Sá-Silva et al, colocam que a análise documental possibilita acompanhar o processo de amadurecimento do que está sendo estudado.

Os documentos analisados foram documentos de fontes primárias, em formato de documentos públicos. Para a obtenção dos relatórios, utilizou-se a busca na internet, onde foram encontrados relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e das Conferências Nacionais sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD). Para a obtenção dos relatórios restantes a pesquisadora agendou uma visita ao Conselho de Saúde do DF, onde a secretaria disponibilizou relatórios das Conferências de Saúde do Distrito Federal (CSDF), ainda não disponíveis online.

Após a obtenção dos relatórios das nove (9) Conferências, procedeu-se a leitura dos documentos, buscando mapear e separar as propostas relacionadas à pessoa com deficiência. Para o mapeamento do tema nas CNS (12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>) e CSDF (6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup>) foi utilizado o mecanismo de busca nos relatórios a partir dos seguintes descritores: “deficiência”, “pessoa com deficiência”, “deficiente”, “necessidades especiais”. No caso dos relatórios das Conferências Nacionais sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD) adotou-se um procedimento diferenciado, tendo em vista que todas as propostas eram direcionadas às pessoas com deficiência, portanto, focou-se nas propostas relacionadas à saúde. Na primeira CNDPD, todas as propostas foram lidas e selecionou-se apenas às relacionadas a saúde, na segunda e terceira conferências foram consideradas as propostas do eixo “saúde”.

Após o mapeamento das propostas, estas foram separadas em grandes categorias de forma a abarcar todos os temas: saúde, política de ação afirmativa, controle social, seguridade social, legislação e financiamento. A codificação das propostas foi pensada a partir do pressuposto colocado por Gibbis (2009, p.69) “a codificação é uma forma de indexar ou categorizar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação a ele” e ainda.

O trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a historicidade da saúde, desde a era Carlos Chagas à construção da saúde pública e universal, com tímidas mudanças na ação estatal que se alteram com a crise da previdência e com a pressão da Reforma Sanitária, que resultou em uma grande participação social na 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de saúde. Soma-se a este contexto a pressão popular contra o regime militar - que imperava na época, na aprovação do texto constitucional, em 1988 e depois na Lei de Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90). Com a aprovação de uma nova visão sobre saúde, agora um conceito ampliado que foge ao padrão dual de saúde como ausência de doença e sim como uma soma de fatores externos e internos que refletem em um

bem estar físico, ampliou-se as possibilidades para atenção a segmentos sociais antes deixados à caridade e assistencialismo, como a pessoa com deficiência. Este segmento, a partir da década de 1970 passou a ter maior visibilidade pública dada ao seu movimento social, passa por mudanças conceituais e na atenção pública e política.

O capítulo dois traz a importância e construção da participação social no Brasil, pois este conceito, polissêmico, permite que o processo de construção de política pública na área da saúde fosse reestruturado devido às mudanças que a reforma Sanitária possibilitou e a consubstanciação de uma saúde pública e que constantemente é fiscalizada e acompanhada dada ao controle social, mecanismo instituído com a Lei de Regulamentação da Saúde que se materializa com os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

O último capítulo apresenta a análise das propostas relacionadas à pessoa com deficiência, nas (6<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup>) Conferências de Saúde do Distrito Federal e nas (12<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup>) Conferências Nacionais de Saúde e (1<sup>a</sup> a 3<sup>a</sup>) Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Esta análise baseou-se na relação das propostas com o apresentado no Plano Viver Sem Limite e na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. E por fim, as considerações finais.



# **CAPÍTULO 1 – ANÁLISE HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DO SUS E O RECONHECIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COMO SUJEITO DE DIREITOS**

## **1.1 Historicidade da saúde**

Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra constantes desafios para manter-se fiel à sua legislação, pois vem sofrendo fortes pressões por parte do capital para a sua mercantilização, forçando a sua entrada no mercado. Desta forma, faz-se necessário uma discussão sobre os pontos mais importantes da concepção de saúde, enquanto construção de saúde pública universal e a conjuntura atual que busca transformar esta política em mercadoria.

Iniciando pela Reforma Carlos Chagas, ocorrida em meados da primeira década do século XX, destaca-se que esta Reforma foi umas das primeiras medidas efetivas do Estado buscando garantir a política de saúde. Carlos Chagas foi um cientista que implementou mudanças na saúde brasileira, com o cargo de diretor do Departamento Geral de Saúde Geral, no ano de 1917, criando em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

Carlos Chagas trouxe mudanças para o sistema de saúde brasileiro, baseando-se no ideal de que a saúde de qualidade seria produto de material humano qualificado. Por isso, Chagas, investiu nessa qualificação para o enfrentamento dos problemas nacionais. Nesse sentido, o Instituto Rockefeller possui grande influência no sistema de renovação da atenção à saúde no Brasil, pois desenvolvera pesquisas no país para o conhecimento do contexto e erradicação das doenças.

[...] um novo modelo de saúde pública que começava a se delinear na década de 1920, sob a influência da Fundação Rockefeller. Centrava-se na modernização dos serviços e na implementação de cursos que atendessem às necessidades de um quadro de recursos humanos mais qualificado. (LIMA; PINTO, 2003, p. 1043).

Como parte da reforma proposta por Chagas, em 1923, ele cria o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que objetivava “incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado” (LIMA; PINTO, 2003, p. 1043), ou seja, Carlos acreditava que a educação continuada dos profissionais de saúde, resultaria em técnicas avançadas de saúde e assim produziria uma saúde de qualidade.

Posterior a Reforma Carlos Chagas, houve a Lei Eloy Chaves, promulgada pelo Decreto nº 4.682/1923. Esta Lei, basilar para a previdência social brasileira, que regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), aponta no seu artigo primeiro: “Fica criada

em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados” (BRASIL, 1923, com adaptações). Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), essa lei marca a responsabilização do Estado frente concessão de benefícios e serviços, em especial, no âmbito da assistência médica. Tinha como característica ser uma organização de direito privado, orientada pela lógica de seguro social e com público selecionado.

Conforme aponta Cohn (2005), as CAPs foram incorporadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no período de 1933 a 1938. A incorporação trouxe a segmentação das categorias profissionais, por exemplo, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). Os institutos possuíam característica nacional e “[...] segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade e se, tal como as CAPs, são juridicamente concebidos como entidades públicas autárquicas, delas se diferenciam pela presença direta do Estado na sua administração.” (COHN, 2005, p. 17).

Além desses órgãos, foi criado o Ministério da Educação e Saúde pública (MESP), no primeiro governo Vargas, que atendia aos cidadãos que não estavam vinculados à lógica médica-previdenciária, ou seja, todos aqueles desprovidos de trabalho – formal ou informal, e os pobres.

Ainda nessa década, de acordo com Lima e Pinto (2003) foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável pelo controle e erradicação de doenças específicas, como a febre amarela e malária, doenças essas que eram causa de morte de trabalhadores. O SESP tinha como objetivo criar sistema de saúde em áreas rurais, contudo, com a ampliação da SESP, esta passou a trabalhar com “assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas de medicina tropical” (LIMA E PINTO, 2003, p. 1048). Essa ampliação do foco de atenção e execução na saúde retrata mudanças no sistema de saúde da época.

Tais mudanças foram seguidas da criação do Ministério da Saúde (MS), desvinculando-se da Educação, do antigo MESP, além de trazer as discussões e decisões para a política e para o poder legislativo, apresentando assim, uma inovação com relação direta com o novo sistema político – democrático, possibilitando uma relação do MS e organizações médicas com o sistema político partidário. O Ministério da Saúde foi criado em 1953 com características de:

[...] reorganização das ações de saúde, acabando com a pulverização de recursos financeiros. Os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde se organizaram

por meio das ações de saúde coletiva. A assistência médica individual e curativa ficaria vinculada à área da Previdência Social, às instituições filantrópicas e à medicina privada. (LIMA e PINTO, 2003, p. 1040).

Ainda na década de 50, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), caracterizado pelo controle vertical de doenças endêmicas, haja visto, o contexto histórico e social do Brasil, predominantemente rural, ou seja, ainda prevalecia a ideia de sanitarismo campanhista.

A saúde era caracterizada também pelo viés da medicina curativa, que se baseia na dualidade saúde/doença *stricto sensu* e não como resultantes de um processo de vida, oferecendo ações pautadas na solução dessas doenças. Conforme aponta Arouca (1975, p.9) “Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida”.

Na década seguinte de 1960, se inicia também o debate sobre o sanitarismo desenvolvimentista que, segundo Fleury (1987, p. 96) é compreendido como “análises da determinação social da doença”. Ou seja, representa um avanço para a saúde, que era compreendida a partir de um caráter curativo, assistencial e mercantilista e passa a mensurar os fatores externos que condicionam o “estar doente” e “estar saudável”, ou seja, o que conhecemos como Determinantes Sociais de Saúde. Atualmente existe um conflito entre o conceito de determinação social da saúde com o conceito de determinantes sociais de saúde. O processo de determinação social da doença é compreendido “por uma análise que lê os processos macro, como modo de produção, modelo econômico e civilizatório, configuração do mundo do trabalho, dentre outros; identifica as particularidades de reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades” (MOREIRA, 2013, p. 75).

Contudo, esses avanços foram suspensos diante do Golpe Militar de 1964 e da Ditadura Militar subsequente. O início da ditadura militar foi marcado por mudanças no sistema político, o ato Institucional n.5, a criação da Constituição Federal (CF) de 1967, e a eleição feita pelo Congresso para presidente, colocando o General Costa e Silva no poder. Em 1969, o presidente Costa e Silva deixa o poder por motivos de saúde, e assume o General Emílio G. Médici, este por sua vez possui um governo repressivo, principalmente às pessoas

que eram contra o regime militar, contudo ele governa concomitante ao milagre econômico brasileiro<sup>1</sup>.

Unifica-se, em 1966, todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), este é responsável pelos programas de previdência social urbano, rural, dos servidores do Estado e amparo financeiro aos idosos, na forma da Lei 6.439 de 1977, sendo esta mesma lei, criadora do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) responsável pela Assistência Médica dentro da previdência social, nos termos da Lei nº 6439 de 1977.

O governo militar instaurou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), com a Lei nº 6.229 de julho de 1975, segundo Escorel (2012, p. 329) essa lei "destinou a saúde 'coletiva' ao Ministério da Saúde e a saúde 'individual' ao Ministério da Previdência". Conforme foi apontado na Lei nº 6229, revogada pela Lei nº 8080:

Art. 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:

I - do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo [...]

II - O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado [...]. (BRASIL. Lei nº 6.229, 1975.)

Em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), criado pela Lei nº 6439, trouxe a fragmentação dos serviços prestados pelo INPS, cabendo a este somente os benefícios e ao INAMPS cabe a assistência médica previdenciária, conforme aponta Cohn (2005, p. 25), essa fragmentação surge no reconhecimento do “instrumento de barganha e de legitimidade política”, e ainda a reafirmação do

[...] sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública. (COHN, 2005, p. 25)

Diante da situação da saúde brasileira, caracterizada por com um viés altamente mercantilista da saúde, fortificado por uma lógica burocrática e tecnicista, bem como pelos incentivos financeiros dados as instituições previdenciárias, ganha força, o movimento de Reforma Sanitária, caracterizado pela insatisfação dos profissionais e usuários da saúde,

---

<sup>1</sup> Parafrazeando Nascimento, Elder e Escorel (2005, p.60), o milagre econômico (1968-1974) foi marcado pelo crescimento econômico, com taxa média de 10,9% ao ano e estabilidade da inflação, contudo tal crescimento fora marcado pela distribuição desigual.

diante de um Estado autoritário e com viés capitalista, que primava pela privatização e assistencialismo da saúde.

## 1.2 O Movimento Sanitário e seus desdobramentos

Scorel (2012) aponta esse movimento caracterizado por profissionais da saúde que buscam, por meio de uma abordagem médico-social, a transformação da atuação na saúde brasileira, visando o direito a cidadania. Esta autora aponta três grandes áreas que idealizaram o Movimento de Reforma Sanitária:

- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES<sup>2</sup>) e o movimento estudantil com um viés da medicina social;
- Renovação Médica - caracterizado sumariamente, pelo fortalecimento da classe, do sindicato e por greves em busca de melhorias salariais e condições de trabalho, além da crítica à Política de Saúde<sup>3</sup> e;
- Movimento de Médicos Residentes que buscou também o reconhecimento na área trabalhista, de modo que teve conexão direta com a Renovação Médica e por profissionais da academia, os docentes e pesquisadores foram basilares para a construção e manutenção ideológica e teórica do movimento de reforma sanitária, ampliaram-se as pesquisas nesse campo bem como articulações com movimentos sociais.

Inicia-se então, na década de 70 o movimento de Reforma Sanitária, esse movimento foi marcado pela reconstrução do ideal de direitos, de democracia e de saúde, que foram perdidos ou cerceados durante a ditadura militar. Parafraseando Paim (2007) o movimento representou uma reforma social baseada na democratização da saúde com base na ampliação da consciência sanitária, democratização do Estado com foco na ética e transparência dos governos, democratização da sociedade e da cultura, no que tange as políticas públicas e a práticas de saúde com base em uma reforma intelectual e moral.

Scorel (2012, p.343) aponta que Sérgio Arouca considera a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório, “compreende um processo de transformação da situação sanitária em

---

<sup>2</sup> É uma instituição brasileira criada em 1976 que visa a participação social e plural defendendo uma sociedade democrática com direitos sociais garantidos e principalmente, a premissa de uma saúde universal. (CEBES, 2015, disponível em <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>).

<sup>3</sup> Fleury (1987) aponta que os médicos que não estavam vinculados à lógica liberal, e que eram, portanto, explorados e assalariados, foram os primeiros a aderirem a RSB, e ainda que a demanda que chegava a eles era reflexo de uma situação social e que refletia também no seu processo de construção saúde/doença.

pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e de relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas”.

Fleury (1997) aponta que para a Reforma Sanitária mais precisa e clara, é fundamental que se tenha a consciência sanitária intrínseca a luta social e democrática.

[...] por um lado, a difusão e a ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática. Por outro lado, sob a bandeira Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, alcançando ser, ao início do processo de democratização, um ator político impossível de ser ignorado. (FLEURY, 1997, p. 28-29)

A consciência sanitária é compreendida como a relação entre a consciência do direito à saúde, somado a relação social do cidadão, o livro Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) define como “articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido, o corpo produtivo” (2010, p. 55). Ou seja, esse processo de consciência sanitária é fundamental no reconhecimento da saúde como Direito, o que força a saída da lógica clientelista e assistencialista, presente nos governos anteriores.

O CEBES (1977, p. 3) coloca em seu editorial, da revista n.º 3 a construção da Reforma Sanitária como um espaço de participação popular, democratização dos direitos, qualidade da saúde, gratuidade e unificação dos serviços. Para o CEBES, representou a “unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade”. E aponta ainda a importância da democracia o aspecto sanitário do cidadão brasileiro.

Amélia Cohn (1989) aponta que a Reforma Sanitária é uma construção:

Já então não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença mas, reconhecendo a especificidade deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante social. Da mesma forma, começam a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área da saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo – a medicina social – na sua referência à realidade brasileira. (COHN, 1989, p. 124).

Fleury (1987) aponta que a Reforma Sanitária Brasileira surge como uma opção à crise na saúde, crise esta que perpassa o cuidado médico, condições sanitárias da (e para) população, e também do autoritarismo vigente à época. A autora aponta que a Reforma foi um movimento relevante na construção da (re) democratização, pois é:

[...] inspirada em uma leitura socializante da problemática da saúde, concretiza-se na perspectiva da luta pela democratização que se baseia na interpelação dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de aprofundar sua consciência sanitária e, assim, transformarem-se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado. (FLEURY, 1987, p. 99-100).

Cohn (1989) ressalta que nesse processo do movimento de Reforma Sanitária, outro fator que fortaleceu o movimento foi a crise de 1979/1980 no financiamento da saúde – feito majoritariamente pela Previdência Social.

Uma alternativa proposta à crise foi o Plano Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) – criado em 1983, pelo Decreto nº 86.329, submetido ao Ministério da Previdência e Assistência Social, esse plano possuiu sua fundamentação e atuação nos “princípios da integração, hierarquização, regionalização descentralização do sistema de saúde” (AMARANTE, 1995, p. 65), ainda segundo Amarante (1995, p. 67) o Plano CONASP aspira introduzir a ideia de que a saúde é uma responsabilidade do Estado, no seu controle, organização, sistema público privado.

Uma das medidas do plano CONASP são as Ações Integradas de Saúde (AIS) elas apresentaram fortes pontos para a Reforma Sanitária Brasileira, tais como:

Responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde, definição de programas a partir das doenças mais prevalentes, integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização única dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação dos segmentos sociais na definição de necessidades e na avaliação, correspondem à assimilação de um conjunto de propostas elaboradas por distintas entidades e críticos do sistema de saúde [...] constituem-se em objetivos de uma organização de serviços de saúde comprometida com as necessidades sociais. (PAIM, 1986, p. 172).

Ou seja, representa um avanço para o sistema de saúde, pois fomenta ao governo uma responsabilidade que está nas mãos da empresa privada, leia-se capitalismo, e por combater a mercantilização da saúde, é um ponto forte a favor da Reforma Sanitária. Apresenta os princípios que se concretizarão na Lei 8080/90, como a integralidade, hierarquização, participação social. Paim (1986, p. 172) fala ainda que as “instâncias deliberativas permeáveis a negociação política” apresentam espaço de diálogo com o governo. Ou seja, representa uma diminuição nas decisões arbitrárias tomadas pelo Estado e pode-se falar ainda que fortalece os espaços para o controle social.

Nesse espaço de possibilidade social e política, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, cresce e se fortalece, sendo importante no processo de construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, em Brasília, contando com,

aproximadamente, quatro mil pessoas, representando este dado, um fator importante para a construção da participação social na saúde.

As Conferências de saúde, que antes possuíam um discurso tecnicista, do âmbito da “política dos técnicos”, conforme aponta Nogueira (2001, p. 63) ou ainda a “política sem política” que se baseia no discurso da técnica, do saber, pontual, uma de suas características importantes é que ela não é baseada na participação democrática como centro de atuação, pois baseia-se inicialmente no saber da técnica. Conta agora com mais o discurso da “política dos cidadãos”, (2001, p.58) onde, aponta Nogueira, é a “política com muita política”, pois os cidadãos tornam-se sujeitos coletivos e participam de uma participação democrática e dialógica e integral.

Anterior ao debate 8ª Conferência houve em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde trouxe temas como a descentralização dos serviços de saúde e uma reorganização da saúde (BRASIL, 2009), contudo, como Golpe Militar de 1964, essas discussões foram interdidas.

Ocorre então, a 8ª conferência que se consagrou como um marco para a construção de uma saúde para todos. Nesta, o temário debatido já vem bem destoante do que anteriormente enfrentado nas Conferências passadas. Foi debatido a reformulação do sistema de saúde, seu financiamento e, principalmente, a saúde enquanto direito.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o principal marco desse processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal, visando romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então caracterizava o sistema de saúde brasileiro. (FALLEIROS e LIMA, 2010, p. 241).

O Relatório (1986) desta Conferência aponta uma participação social democrática, participativa e representativa, com um debate que fortaleceu o movimento sanitário, pois, no centro do debate circulavam ideias sobre a reformulação, financiamento, reconceitualização da saúde, cisão entre Saúde e Previdência, e saúde enquanto direito de todos.

No eixo temático Saúde como Direito foram abordados propostas como a garantia a terra, liberdade, fortalecimento da participação social, saúde estatal, condenação da saúde assistencialista e mercantilizada, do clientelismo.

Propõe-se um novo conceito de saúde, denominado, atualmente como conceito ampliado de saúde, que agora não é mais compreendido como ausência de saúde, mas como um conjunto de fatores externos ao corpo, tais como “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4). Ou seja, uma vez que esses



fatores são ausentes e/ou precários o cidadão está exposto à uma saúde precária, deficitária e então, exposto aos reflexos disso em seu corpo, ou seja, à doença.

No Eixo Temático Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regência dos princípios que irão nortear este Sistema, por exemplo, a Integralização, Regionalização e Hierarquização, Equidade, Universalização de acesso. Propõe-se também valorização profissional, reconhecimento da pessoa com deficiência como sujeito de direitos, reorganização da parceria público/privado.

No Eixo Temático Financiamento do Setor, houve propostas como um financiamento social, financiamento estatal com política descentralizada e articulada com os municípios e Estados, separação dos recursos da previdência. Foram propostas que ensejavam por uma efetiva reforma tributária. Parafraseando Falleiros e Lima (2010) após a 8ª Conferência, o Movimento Sanitário empenhou-se em levar para a Constituinte o movimento e suas propostas, foi proposto então a Comissão Nacional para Reforma Sanitária, que foi caminhando junto a outros espaços colaboradores com a luta da Reforma, um relatório com conteúdo pertinente ao Movimento Sanitário e da 8ª conferência e chegou a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte, depois pela Comissão de Sistematização, depois pela Plenária da Saúde – nesse momento já em forma de emenda popular e por último ao Plenário. Ressaltando que esse processo foi marcado fortemente pela presença de conservadores que tentaram reverter ou minimizar esse processo de reforma.

O resultado desse processo de luta foi a aprovação do texto pela Assembleia, ainda que não totalmente, mas essencialmente (FALLEIROS E LIMA, p. 245, 2010) “era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema”.

A nova Constituição trouxe, no Título VIII, a Seguridade Social, determinada no artigo 194, como “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 seguridade social brasileira era movida pela lógica do Seguro Social<sup>4</sup>.

Atualmente, a seguridade brasileira segue com características dos dois modelos existentes, o bismarkiano e o beveridgiano<sup>5</sup>, o primeiro possui uma lógica baseada no

---

<sup>4</sup> Boschetti (2009), fala que o Seguro Social baseia-se em uma lógica contributiva, ou seja, o acesso ao direito está assegurado (quase que integralmente) com base em um quantitativo de contribuições anteriores. Assegurando assim somente os usuários que possuem vínculo trabalhista.

<sup>5</sup> O conceito de Beveridge é caracterizado por Fleury (2006, p. 4) como um benefício universal para “aposentadorias, pensões e desemprego, correspondente a um mínimo vital, a ser assegurado pelo sistema

contrato, ou seja, está assegurado àquele que possui vínculo trabalhista, possuindo um determinada quantidade de contribuições anteriores para ter acesso ao direito que lhe é demandado. O modelo Beveridgiano, posterior ao modelo acima citado, apresenta direitos universais, que não necessitam de vínculo trabalhista direto, oferecendo o mínimo social a quem necessitar, conforme Boschetti (2009).

Para Delgado, Jaccoud e Nogueira, a seguridade social representa:

uma das mais relevantes inovações do texto constitucional de 1988. A Constituição Federal (CF) ampliou a cobertura do sistema previdenciário e flexibilizou o acesso aos benefícios para os trabalhadores rurais, reconheceu a Assistência Social como política pública não contributiva que opera tanto serviços como benefícios monetários, e consolidou a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (DELGADO, JACCOUD E NOGUEIRA, 2009, p. 17).

Em 1990, é regulamentada a Lei nº 8080, a Lei de Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), nesta Lei, os Princípios, Diretrizes, Financiamento, Gestão, etc. Alguns dos princípios elencados ao SUS asseguram o proposto pela Reforma Sanitária, e servem de base para a construção de uma saúde pública, de qualidade, e para todos, por exemplo:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;  
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;  
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;  
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;  
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;  
VIII - participação da comunidade;  
[...] (BRASIL, Lei 8080, 1990, art. 7º).

Apresenta também o conceito ampliado de saúde, em seu artigo terceiro, o que reafirma a lógica de saúde além da dualidade saúde/doença, mas como um conjunto de fatores externos que, somados, resultam em um processo de saúde ou doença:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.  
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, Lei 8080, 1990, art. 3º).

---

público, seja porque o beneficiário cumpriu as condições de tempo de contribuição, seja em casos de necessidade, quando o beneficiário receberia um benefício assistencial depois de comprovada a ausência de recursos”. E o conceito Bismarkiano é “considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada” (BOSCHETTI, 2009, p. 2).

Três meses após a sanção da Lei 8080, foi sancionada a Lei 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e sobre recursos financeiros. Esta Lei estabelece como participação da comunidade os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, coloca o usuário em condição paritária à soma dos prestadores de serviço e representantes governamentais.

### **1.3 Pessoa com Deficiência**

O conceito de deficiência vem sendo construído e ressignificado por meio de um amplo debate. Anteriormente à década de 1970/1980, esse significado estava ligado à uma lógica, exclusivamente, do saber médico, no modelo médico, onde:

as pessoas com deficiência são “pacientes” – eram tratadas como clientela cuja problemática individual estava subentendida segundo a categoria de deficiência à qual pertenciam. Fazia-se todo o esforço terapêutico para que melhorassem suas condições de modo a cumprir as exigências da sociedade. (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 14).

E ainda “deficiência é consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos” (DINIZ, 2007, p. 15).

Percebe-se uma vertente totalmente voltada para a adaptação da pessoa com deficiência à sociedade, de modo que não existia o debate, pelo menos não amplamente, sobre o respeito à vontade pessoal da pessoa com deficiência, bem como uma reorganização da sociedade para seu acesso justo e universal. A pessoa com deficiência era colocada em condição de vulnerável e/ou incapaz, e não em condições de acesso à sociedade, de modo igualitário às demais pessoas – modelo social de deficiência.

É esse debate que o modelo social de deficiência vem trazer para a sociedade, um modelo resultante do processo de luta e debate político e social, dos movimentos da pessoa com deficiência, nacional e internacional, para que sejam implementados, de fato, nas políticas públicas, legislações pertinentes e sociedade em geral, o conceito de que o espaço precisa e deve ser adequado à mobilidade social, e não a pessoa com deficiência adequada à sociedade. O modelo social defende:

a interação entre a deficiência e o modo como a sociedade está organizada é que condiciona a funcionalidade, as dificuldades, as limitações e a exclusão das pessoas. A sociedade cria barreiras com relação a atitudes (medo, desconhecimento, falta de expectativas, estigma, preconceito), ao meio ambiente (inacessibilidade física) e institucionais (discriminações de caráter legal) que impedem a plena participação das pessoas. (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 14).

Diniz (2007, p. 19) aponta que a “locomoção [da pessoa com deficiência] não deveria ser entendida como uma tragédia pessoal fruto da loteria da natureza, mas como um ato de discriminação permanente contra um grupo de pessoas com expressões corporais diversas”.

O processo do Movimento das Pessoas com Deficiência no Brasil (MPD) é marcado pelo seu alcance social, de modo mais abrangente, a partir da década de 1970, concomitante ao processo de mudança política e social da época, transição da ditadura para a democracia, Reforma Sanitária, participação social, etc.

O MPD, dada as peculiaridades de cada deficiência e pelo mesmo motivo, a dificuldade em propor reivindicações específicas para cada deficiência, optou por criar a Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas com Deficiência, para a organização e debate das demandas das pessoas com deficiência, contudo esse sistema se mostrou incapaz de abarcar todas as diversidades propostas e o Movimento optou por acrescentar a Federação Nacional por Entidades de Pessoas Deficientes, o que fortaleceu o Movimento, pois “possibilitou que os debates avançassem em seus aspectos conceituais, balizando novas atitudes em relação às pessoas com deficiência” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 13).

Nota-se que o fortalecimento é fundamental, uma vez que, historicamente, a pessoa com deficiência era entregue ao esquecimento social, ou exclusão social, tanto por meio de sua negação como por meio de sua reclusão, e a assistência que existia era caritativa e/ou assistencialista, com tímidas ações, que em sua maioria, confirmavam a exclusão e/ou a adaptação da pessoa com deficiência à sociedade, representando-a assim como sujeitos que não possuíam direitos.

Um fator relevante para o avanço do debate foi a proclamação, pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), em 1981, colaborando assim para o fortalecimento do Movimento. No Brasil ainda, como salienta Júnior Martins (2010), a ONU havia publicado anteriormente a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, em 1975, o que fortalece também o debate. O AIPD tinha por objetivos:

ajudar no ajustamento físico e psicossocial na sociedade; promover esforços, nacional e internacionalmente, para possibilitar o trabalho compatível e a plena integração à sociedade; encorajar projetos de estudo e pesquisa visando à integração às atividades da vida diária, aos transportes e aos edifícios públicos; educar e informar o público sobre os direitos de participar e contribuir em vários aspectos da vida social, econômica e política. (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 41).

O processo de reformulação social e política do Brasil fortaleceu o MPD assim com os outros segmentos considerados minorias, de modo que com o processo da Constituinte, tais

movimentos já viam recuperando suas forças após o período de cerceamento da liberdade, e apropriaram-se de um debate conceitual, dialógico e político, especificamente o MPD, de modo que com a Constituinte devido ao histórico deste grupo, havia material para a produção de proposta para o texto Constitucional.

Dessa maneira, um dos grandes pilares do MPD foi a defesa pela autonomia, pelo direito de escolha sobre o que será feito ou não com o seu próprio corpo, muito embora o texto resultante para a Nova Constituição possuísse o título “Tutelas Especiais”, considerado discriminatório pelo movimento, pois se defende uma construção de igualdade enquanto pessoa humana, na medida em que o “movimento era a igualdade de direitos, e, nesse sentido, reivindicavam que os dispositivos constitucionais voltados para as pessoas com deficiência deveriam integrar os capítulos dirigidos a todos os cidadãos” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 65), portanto, esse título não ficou na Constituição Federal, sendo este segmento representado pelo Artigo 227 no inciso II, § 2º e outros artigos constitucionais, o que representa os avanços para a luta das pessoas com deficiência, no âmbito trabalhista, da não discriminação, saúde, habilitação e reabilitação, previdência, etc.

O MPD fortalece o debate sobre terminologia para se expressar com a pessoa com deficiência, uma vez que as expressões utilizadas possuíam caráter depreciativo, tais como “coxo”, “aleijado”, “incapaz” e uma gama de variações que tinham por fim depreciar ou elucidar a deficiência da pessoa, esquecendo-se, exatamente, de que se tratava da pessoa humana. Em vista disso, o MPD adotou o termo “pessoa deficiente”, por entender que a palavra pessoa “era uma forma de evitar a coisificação, se contrapondo à inferiorização e desvalorização associada aos termos pejorativos usados até então” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 15).

Posteriormente, foi adotado, com a Constituição de 1988 o termo “Pessoas Portadoras de Deficiência”, a ideia da palavra “portador”, trouxe para o debate que a deficiência é um detalhe, uma parte da pessoa e não sua essência e/ou sua característica principal, nesse sentido, o MPD salientou que eufemismos aconteceram, como o termo “portadores de necessidades especiais”, condicionando o termo “especial” a:

[...] uma categoria que não combina com a luta por inclusão e por equiparação de direitos. Para o movimento, com a luta política não se busca ser “especial”, mas, sim, ser cidadão. A condição de “portador” passou a ser questionada pelo movimento por transmitir a ideia de a deficiência ser algo que se porta e, portanto, não faz parte da pessoa. Além disso, enfatiza a deficiência em detrimento do ser humano. (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 41).

Atualmente, utiliza-se o termo “Pessoa com Deficiência”, conjugado na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ocorrida em 2006. Nela, se “humaniza a deficiência” e ainda tem-se “também uma tentativa de diminuir o estigma causado pela deficiência” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 15).

A Convenção, que entrou em vigor em 2008 é um marco legal relevante da história da Pessoa com Deficiência, possui status constitucional, ou seja, de equivalência de norma constitucional, este avanço legal, somado a ratificação pelo Brasil “consolidaram os avanços do movimento: definiram o termo deficiência como resultado da interação entre a pessoa e o ambiente e estabeleceram referências legais baseadas nos direitos humanos, na inclusão e na participação plena” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 93).

A construção da Convenção se deu com a participação do movimento social organizado, bem como com a participação do Brasil - por meio de organizações como a antiga CORDE e com o Instituto Paradigma (LANNA JUNIOR, 2010). Esse processo constitui um rico espaço para a criação e legitimação dos deveres do Estado sobre os direitos da pessoa com deficiência, e se constituiu como uma celebração dos direitos humanos.

A Convenção propõe em seu artigo primeiro “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (BRASIL, 2011, p. 26). Fortalece desse modo, a luta e a defesa das Pessoas com Deficiência na construção e defesa dos seus direitos. E define o conceito de deficiência como:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2011, p. 26).

Nesse sentido, Débora Diniz aponta o conceito de deficiência como “um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente”. (2007, p. 9). Com efeito, lesão é compreendida como: “o objeto das ações biomédicas no corpo” e deficiência como “uma questão da ordem dos direitos, da justiça social e das políticas de bem-estar” (2007, p. 19).

Somado a conquista da Convenção, em 2014 foi lançado o Plano Viver Sem Limite, que objetiva fortalecer a atenção à pessoa com deficiência de forma intersetorial e transversal, unindo as políticas e as fazendo dialogar, o Plano vai além de suas obrigações instituídas pela Convenção da ONU, por ser o Brasil um signatário desta Convenção, mas representa ações para os direitos humanos no Brasil, representando “o primeiro plano federal implantado com a missão de promover os direitos das pessoas com deficiência, o Viver sem Limite criou novas

políticas públicas, articuladas em quatro eixos temáticos: Acesso à Educação; Atenção à Saúde; Inclusão Social e Acessibilidade”. (BRASIL, 2014, p. 9)

Aliado a essas conquistas temos os primeiros mecanismos brasileiros para a pessoa com deficiência, a Coordenadora Nacional pela Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), hoje Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, criada em 1986 e a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, em 1989 que dispunha sobre os direitos destas, seguido da Política Nacional para Inclusão da Pessoa com Deficiência em 1999.

Em 1999 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE)<sup>6</sup>, submetido ao Ministério da Justiça, com alterações na Lei de criação, hoje o CONADE faz parte da estrutura básica da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e foi criado que a pessoa com deficiência “possa tomar parte do processo de definição, planejamento e avaliação das políticas destinadas à pessoa com deficiência, por meio da articulação e diálogo com as demais instâncias de controle social e os gestores da administração pública direta e indireta” (BRASIL, 2015).

Recentemente, em julho de 2015 foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), este dispositivo legal é baseado na Convenção e tem por objetivo “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, LEI Nº 13.146 2015, ART. 1º). Ou seja, representa mais uma conquista para a consolidação do que está proposto na Convenção à pessoa com deficiência, mecanismos legais e jurídicos de responsabilidade estatal e social.

Um grande fortalecedor do movimento da pessoa com deficiência é o lema “Nada Sobre Nós Sem Nós”, lema este advindo do movimento internacional, e que tem por base o reconhecimento da pessoa com deficiência como sujeito de direitos da pessoa com deficiência, Lanna Junior aponta que

o movimento político das pessoas com deficiência vem trabalhando, intensamente, para alcançar um novo patamar de dignidade humana. Ainda convive com resquícios de segregação, muito de integração, e são incipientes as práticas de inclusão, as quais apresentam a diversidade humana como regra e, por conseguinte, têm como princípios norteadores da sociedade o respeito e a valorização das diferenças. Autonomia, direito a fazer sua própria escolha, vida independente e não discriminação podem ser sumarizados pelo lema “Nada sobre nós sem nós”. (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 106).

---

<sup>6</sup> O Conade é um órgão superior de deliberação colegiada, composto paritariamente por representantes do governo e da sociedade civil, de natureza permanente. Foi criado em 1999 como um órgão com competência para monitorar, acompanhar e avaliar a política nacional no que diz respeito à pessoa com deficiência. (BRASIL, IPEA, 2012, p. 12)

Percebe-se a importância da garantia desses espaços de luta, conquista e defesa dos direitos, atrelados à intersetorialidade de políticas e ações governamentais que tenham por objetivo oferecer à pessoa com deficiência, condições de acesso iguais às da pessoa não deficiente, por meio da acessibilidade, tecnologias assistivas e quaisquer outros mecanismos que assegurem sua inserção e integração social.



## **CAPÍTULO 2 – ANÁLISE HISTÓRICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE.**

### **2.1 Participação social no Brasil**

A participação social no Brasil se reconfigura e se redesenha diante da ordem social e política vigente. Deste modo, se faz necessário a participação social para almejar mudanças em virtude das demandas sociais existentes, esta corresponde a “grupos sociais excluídos que se manifestam e demandam ações ou políticas governamentais” Carvalho (1998, p. 1), ou seja, a participação social sempre existiu, contudo, por vezes, à margem da sociedade. Bravo (2008, p.45) aponta a participação social como “a gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização da sociedade civil organizada” e ainda “a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração das políticas públicas na área social”.

No contexto de uma sociedade<sup>7</sup> fechada ao diálogo e à construção coletiva, principalmente a partir do Golpe Militar, que ocorreu na década de 1960 e estendeu-se até o início da década de 80 foram necessárias novas formas de atuação da sociedade, na construção de uma participação popular.

Uma possibilidade dessas relações se materializarem estaria na construção coletiva que ocorreria por meio da educação popular, baseada na ideologia de Paulo Freire, onde o coletivo é construído a partir da desconstrução das hierarquias e relações sociais subordinadas e autoritárias com uma troca de saberes e construção coletiva de projetos que tenham por fim uma transformação social. (CARVALHO, 1998).

Pensar em uma educação popular, nos remete a ideia de consciência social, ou, consciência de si, conceito do pensador Karl Marx, juntamente com Engels: “a minha consciência é a minha relação com o que me rodeia” (2005 [1846] p. 140), ou seja, para os autores, a consciência determina a vida, a consciência “corresponde à vida real, parte-se dos próprios indivíduos reais” (2005 [1846] p. 22). A ideia da consciência de si é manter-se

---

<sup>7</sup>Antes e durante o golpe militar de 1960 a sociedade correspondia, geralmente, à relações sociais de troca de favores baseada no poder e na subordinação, onde o mais fraco fortalecia o mais forte em uma troca de favores, como o coronelismo, o paternalismo.

[...] no plano real da história; não tenta explicar a prática a partir da idéia, mas sim a formação das idéias a partir da prática material; chega portanto, à conclusão de que todas as formas e produtos da consciência podem ser resolvidos não pela crítica intelectual, pela redução à «Consciência de si»[...] (MARX E ENGELS, 2005 [1846] p. 51).

Essa concepção baseada na consciência de si remete à ideia da construção desses novos movimentos e, por conseguinte, das relações sociais existentes, como ocorreu na época militar brasileira:

[...] os movimentos sociais, ao mesmo tempo que alteraram a dinâmica do regime militar e foram capazes de colocar em pauta temas relevantes para esses movimentos (fim das discriminações de toda vida pública e reconhecimentos de direitos sociais e políticos) durante a transição e o processo constituinte, também tiveram sua própria dinâmica alterada. (FERRAZ, 2012, p. 99)

No processo de transformação societária, de regime militar à (re) conquista da democracia discussões foram travadas sobre o estabelecimento do conceito de democracia reconhecido como o ideal, principalmente na luta pela redemocratização, uma vez que tal conceito é polissêmico. Carlos Nelson Coutinho aponta que a democracia é a “presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social” (2000, p. 50), contudo, para ele, tal democracia somente seria exercida plenamente em um regime socialista.

Fleury acrescenta que a democracia, que se defendia na década de 70, compreende:

[...] um elemento social que se traduzia na proposta de desalienação da população e sua consequente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que permitiria esta passagem seria a participação popular, mística do desvendamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder. (FLEURY, 1997, p. 27)

E acrescenta: “O conflito seria, pois, o caminho através do qual se poderia desmontar as estruturas de dominação, ao mesmo tempo em que, ao assim proceder, se estaria produzindo a desalienação do sujeito que se constitui por meio de sua participação.” (1997, p. 27).

Nesse sentido, no processo da constituinte, os movimentos sociais fizeram grande pressão junto ao governo para as transformações necessárias para um bem coletivo e para uma sociedade justa e igualitária, donde, culminou-se, diante de muita luta, na aprovação do seguinte texto constitucional “Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através

de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988, art. 1º, § único)”.

Fomentar e problematizar uma discussão sobre os conceitos democracia e participação social é fundamental atualmente, pois o Estado, frente ao avanço constate do neoliberalismo, exime-se da responsabilidade social e política com os cidadãos, muitas vezes, colocando o acesso aos direitos como uma “moeda de troca”, tal qual aponta Salazar (2012, p. 5) “contudo, este mesmo Estado, tomado pela lógica do capital, vislumbra no enfrentamento da questão social<sup>8</sup> uma moeda de troca para a legitimação popular que tanto necessita”. E por ser um espaço de luta constante, a participação social, tornou-se, segundo Oliveira; Silva (2012) um mecanismo que pode apontar para dois alvos distintos, tanto manter a ordem vigente quanto emancipar a classe trabalhadora, acrescentamos ainda, a democracia nesse espaço de projeto antagônico.

Com a Constituição de 1988, o Brasil tornou-se uma república democrática, legalmente temos a democracia representativa<sup>9</sup>, onde um representante é eleito, por meio de voto, para nos representar política e publicamente, por um determinado período de tempo. Este modelo democrático apresenta uma limitação inerente, um intervalo elevado e escasso espaço para amplo debate. A democracia almejada e eleita para uma participação social de qualidade é a participativa, pois “privilegia a capacidade de os indivíduos e grupos sociais se organizarem coletivamente e influírem constitutivamente no Estado” (ANA; VIEIRA, 2012, p. 9).

A participação social tem como antecedente, os atores dos movimentos sociais, surgidos nas décadas de 1970/1980, com o ideal de construção de novas formas de relação social, política e cidadã. Diante disso, reconhece-se o campo da saúde, como um espaço fundamental na luta por esse novo espaço de construção coletiva, pois ganha força o movimento sanitário e com ele, conceitos novos, tais quais já abordados no capítulo anterior. Além disso, atualmente também fortalece e maximiza o debate sobre participação e controle

---

<sup>8</sup> A questão social é compreendida como “expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado.” Ela se manifesta “no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado” (CARVALHO E IAMAMOTO, 1983, p. 77).

<sup>9</sup> A democracia representativa, compreendida como a escolha de um representante por meio de votação para determinado fim, Côrtes (2009, p. 103) aponta a democracia representativa como “A democracia representativa ‘real’ foi construída ao longo da história, nos mais diferentes países, não apenas por meio de processos eleitorais altamente regrados e formalizados, mas também por formas de participação direta ou de participação mediante representantes designados por grupos de cidadãos ou entidades societárias em fóruns ou órgãos, com níveis diferenciados de institucionalização na esfera estatal”.

social, além de combater e ser uma alternativa ao clientelismo – instaurado no Brasil há muito tempo, representando uma relação de dominação e hierarquia, seja numa relação simples, seja numa relação política. Neves aponta as relações que constroem o clientelismo:

a) é uma relação assimétrica (um detém poder sobre o outro); b) é fundada no favor; c) é baseada na troca e/ou apoio pela ajuda recebida da parte do patrão. Porém, essa interpretação é limitada na medida em que se restringe a uma relação entre duas pessoas – uma díade. O clientelismo vai além dessa relação e não pode ser entendido apenas como uma troca por bens econômicos e materiais, uma vez que deve ser analisado também como troca simbólica, uma ajuda, um apoio e poder de influência [...]. (NEVES, 2008, p. 38).

Essas novas relações sociais trazem categorias de análise que são fortalecidas e/ou inéditas para o debate, como sociedade civil e hegemonia. A sociedade Civil, de acordo com a teoria Gramsciana é compreendida dentro do Estado (ampliado) e de forma orgânica a ele, como os aparelhos privados, tais quais as instituições privadas, escolas, igrejas, etc. Este Estado compreende também a Sociedade Política - detentora da força e dos poderes coercitivos. Gramsci (2004, p.20) aponta a sociedade civil como: “o conjunto de organismos designados vulgarmente como ‘privados’” que é formada, conforme aponta Ramos:

[...] pelas organizações responsáveis tanto pela elaboração quanto pela difusão das ideologias, compreendendo assim o sistema escolar, as igrejas, os sindicatos, os partidos políticos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (que se dá pelos jornais, revistas, editoras, meios de comunicação de massa), etc. (RAMOS, 2005, p.93).

E ainda:

Tal sociedade civil é considerada uma das esferas principais do Estado visto em seu sentido ampliado; a outra seria a sociedade política: o conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executivas e policial-militar. (RAMOS, 2005, p.93).

O Decreto nº 8243 de 2014 que dispõe sobre a Política Nacional de Participação Social, define sociedade civil, em seu artigo segundo, inciso primeiro como “o cidadão, os coletivos, os movimentos sociais institucionalizados ou não institucionalizados, suas redes e suas organizações” (BRASIL, 2014). .

Outra forma de compreender a participação social é representada por uma vertente liberal. Nesta linha, ocorre uma valorização da individualização do ser humano, sendo este, o “homem econômico” e a representa pela não vinculação ao Estado, conforme aponta Goulart (2008, p. 78) “Esta deturpação da sociedade civil em Gramsci ocorre devido ao abandono da concepção de classe e sua luta e da visão da estrutura do Estado neutra e separada da dinâmica

social”, ou seja, “como um instrumento de dominação do grupo ao qual “pertence”, não é entendido, como diz Gramsci, como um “movimento orgânico” e, portanto, estrutural do capitalismo”.

Coutinho (2008, p. 80) aponta que para Gramsci, a sociedade civil “é um terreno onde se dá uma batalha de diferentes projetos de hegemonia, ou seja, é um terreno da luta de classes.” Este autor ainda traz que sociedade civil hoje é compreendida como terceiro setor - o que vai contra o conceito estipulado por Gramsci de sociedade civil, e representa “[...] então teríamos a economia, o mercado, e para o pensador liberal burguês, economia é evidentemente de mercado, e o Estado. Entre o mercado e o Estado existe essa “coisa” um pouco angelical que é a sociedade civil, o terceiro setor, o reino do voluntariado” (COUTINHO, 2008, p. 80).

A hegemonia que envolve disputa entre classes, ou seja, relação e mediação entre elas, portanto é compreendida como:

[...] um tipo particular de dominação. Nessa acepção hegemonia é dominação consentida, especialmente de uma classe social ou nação sobre seus pares. Na sociedade capitalista, a burguesia detém a hegemonia mediante a produção de uma ideologia que apresenta a ordem social vigente, e sua forma de governo em particular, a democracia, como se não perfeita, a melhor organização social possível. Quanto mais difundida a ideologia, tanto mais sólida a hegemonia e tanto menos necessidade do uso de violência explícita. (DICIONÁRIO DE VERBETE – USP 2015).

E acrescenta Gruppi:

O termo hegemonia deriva do grego eghestai, que significa “conduzir”, “ser guia”, “ser líder”; ou também eghemoneuo, que significa “ser guia”, “preceder”, “conduzir”, e do qual deriva “estar à frente”, “comandar”, “ser o senhor”. Por eghemonia, o antigo grego entendia a direção suprema do exército. Trata-se, portanto, de um termo militar. (1978, p. 1).

Neves aponta a hegemonia como “a capacidade de unificar pela ideologia e de conservar unindo um bloco social, não se restringindo ao aspecto político, mas compreendendo um fato cultural, moral, de concepção de mundo”. (NEVES, 2012, p. 113.)

Ao falar de participação social é relevante ressaltar as formas de participação social existentes atualmente, considerando o exercício desta, de forma individual e coletiva, temos: “conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, e até a judicialização da saúde pode ser compreendida como um tipo de controle social, entre outros” (COELHO, 2012, p. 140).

Diante dessa construção democrática, que se exerce, majoritariamente pela participação social faz-se necessário debater algumas formas de participação, neste caso, centraremos a discussão na participação social na área de saúde que tem sido considerada uma das mais expressivas atualmente tanto no cenário público quanto político.

## **2.2 Participação social na saúde**

Ao abordar participação social, é fundamental pensar em um espaço que é pioneiro nesta área, a saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro (MSB) protagonizou a criação desses espaços, com a luta pela reforma sanitária, que veio na contramão do projeto hegemônico de privatização da saúde, denominado Projeto Privatista<sup>10</sup>. Bravo e Matos (2008, p. 200) apontam que este modelo está baseado na “política de ajuste neoliberal”, e atua na “contenção de gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização”, desse modo, este projeto oferece apenas o mínimo ao cidadão, ficando este, a mercê do chamado seguro social, que não se relaciona com a conquista do direito a ter saúde, pública, universal e gratuita.

Com o Plano Diretor de Reforma do Estado, em 1995, de Bresser Pereira, o Projeto Privatista “fortalece” sua atuação na saúde com as chamadas Organizações Sociais (OS) ou Organizações Públicas Não-estatais (OPNES), Organizações essas responsáveis pela “prestação de bens e serviços, que é composto por empresas que não cumprem papel estratégico e, portanto, devem ser privatizadas” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 206). Com o discurso de incapacidade estatal de gerir a máquina pública, alguns serviços seriam privatizados, orientados pelo conceito de “sociedade de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 207). Este projeto acarreta à saúde pública, um desmantelamento da construção do SUS, do direito à saúde, pois, ao inserir-se a francesa e ao mesmo tempo, vorazmente no Estado, remete para a desvinculação do serviço público estatal.

E o projeto de Reforma Sanitária, que vem na luta contra esse capitalismo, agora reestruturado possibilitou uma conquista da saúde enquanto direito, pública para todos, com o viés preventivista e comunitário, aprimorando o direito ampliado de saúde, que teve na

---

<sup>10</sup> Termo utilizado por Maria Inês Souza Bravo e Maurílio Castro de Matos (2008).

Conferência de Alma Ata, em 1978, um reconhecimento e delimitação importante para a construção da saúde e aqui no Brasil, conquista do SUS.

Costa; Vieira (2012, p.18) apontam que a participação social começou a ser dialogada nacionalmente na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, onde se ressalta dois polos de defesa quanto a participação social, um que representava um caráter “funcionalista” em que a sociedade, enquanto participação social ficava responsável por responder às demandas dos grupos socialmente excluídos e a perspectiva da participação social enquanto símbolo democratizante e que imbuía à sociedade mudanças sociais, conforme apontam:

a funcionalista que deposita na participação comunitária a expectativa de resolver o problema dos grupos que se mantêm marginais ao processo do crescimento do país, mantendo-se intacta a questão do desenvolvimento social; e a participação como instrumento de democratização, a qual busca novos canais de expressão e de oportunidades de confronto entre os grupos sociais, com a intenção de influir no processo de contínua mudança a que está sujeita a vida e o desenvolvimento social no país. (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 18).

Posteriormente, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que significou um grande momento para a construção de uma nova saúde, e que propôs (BRASIL, 1986 p. 8) a estimulação da “participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado”, somando-se a Constituição, corroborou a importância da participação social nos espaços decisórios, participação enquanto ser, enquanto condição e não enquanto massa e números, de forma a conferir ao povo, um espaço na administração pública, de forma democrática:

O texto constitucional, que foi aprovado dois anos depois, confere estatuto à participação no social e reafirma o papel do movimento sanitário na condução das propostas de mudança do sistema de saúde. A participação da sociedade foi instituída nas conferências e nos conselhos de saúde, cujo papel tem o sentido imprescindível de transformação nas relações entre os atores no estado, tornando mais democrática a gestão pública. (COSTA e VIEIRA, 2012, p. 21).

Dessa maneira, a luta pela reforma sanitária, que não findou com a criação do SUS constitui-se em duas vertentes, a luta pela construção de uma saúde pública, gratuita e universal, com co-gestão e participação social, que veio na contra mão de uma saúde mercantilista, privatista, curativa e assistencialista, até as décadas de 1970, 1980 e agora na construção de uma saúde que, no combate da defesa de um direito conquistado e legitimado, visa enfrentar os avanços do capital.

O texto Constitucional e a Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080/90, Lei 8142/90), se configuram como marco legal que reforça a constituição das Conferências e Conselhos de Saúde, preconizados na 8ª Conferência, fundamentais para o desenvolvimento da saúde.

Aparece na Constituição Federal de 1988, como inciso terceiro do artigo 198 “III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988). No âmbito da Lei nº 8080 de 1990, temos a participação popular enquanto princípio do SUS, em seu artigo VIII do Capítulo II, “VIII - participação da comunidade” (Brasil, 1990).

Posteriormente, com a Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação social no SUS, coloca o controle social referenciado nas Conferências e Conselhos de saúde, sendo estes, respectivamente:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990, art.1, § 1).

E os conselhos de Saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, art.1, § 2).

Estabelece representação paritária nas Conferências e Conselho de Saúde e dá outras providências. Existe também, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, criada em 2006 e tem como premissa, “informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres como usuário do SUS” (COELHO, 2012, p. 144).

Deste modo, Loiola (2014) ao parafrasear Leão e Lege (2001), coloca a impossibilidade do Estado, em atender todas as demandas da sociedade, portanto ressalta a necessidade da participação da sociedade civil na formulação das políticas, apresentando nesse espaço, propostas com perspectiva transformadora. Sendo assim, “saúde é um direito social cuja expressão depende do grau de consciência e de organização das classes e grupos sociais” (COELHO, 2012, p. 146).

Esta participação pode ocorrer de diversas formas, por vezes, possui diferenças singelas, a participação social é um mecanismo onde a sociedade organizada se introduz, de alguma forma, no Estado, seja para (co) gerir, fiscalizar, propor, etc. e um desses mecanismos



de participação é o controle social, que na área da saúde, é exercido por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, sendo fundamental nesse processo de participação da sociedade nas ações e políticas do Estado.

### **2.3 Controle Social**

O controle social é um conceito dinâmico, que ora é compreendido como um controle do Estado pela sociedade e ora é compreendido como um controle da sociedade pelo Estado. Correia aborda o conceito em sua forma histórica e aponta, com base na sociologia e como:

[...] mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. (CORREIA, 2005, p.66)

Correia, retomando o teórico Gramsci apresenta o controle social determinado pela classe social que possui a hegemonia:

[...] não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, pode-se inferir que o 'controle social' acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o 'controle social' sobre o conjunto da sociedade. Assim, o 'controle social' é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças. (CORREIA, 2005, p.68).

Ou seja, é na luta de classes que o controle social é exercido, sendo necessário que a classe subalterna, exerça esta participação social organizada para que, segundo Correia (2005) suas demandas sejam aceitas na gestão pública.

Essencialmente, o controle social está em constante disputa na sociedade capitalista onde os efeitos do neoliberalismo, prega a redução do Estado para área social e de políticas públicas, reduzindo assim, a democracia participativa que se exerce por meio da participação social e controle social. Dessa forma, ao reduzir esta democracia e suas possibilidades, se reduz os espaços de presença e pertença popular para a construção de uma política pública cogitada.

Côrtes (2009) defende que esses espaços de controle social, exercem um papel importante na construção coletiva, pois permitem o controle das demandas e deliberações colocadas pela sociedade organizada.

Um espaço que se construiu como nova aposta pública de participação social posterior à Constituição de 1988 foi o chamado Orçamento Participativo (OP), estes constituem um espaço de participação popular na construção dos recursos e políticas destinadas para uma cidade. Particularmente em Porto Alegre, o OP foi implementado nos anos 1990 de maneira satisfatória, na contramão do neoliberalismo. Neves aponta o OP, em seu aspecto histórico, com base nos desafios encontrados em sua execução:

[...] a) qualifica a democracia representativa; b) tem efeito distributivo – a justiça distributiva é um dos elementos para a constituição da inversão de prioridades, buscando a inclusão social dos subalternos; c) baseia-se no princípio da autonomia e na participação popular, procurando construir novas gramáticas na política (um novo modo de exercer a política) (NEVES, 2007, p. 217).

Carvalho (1998, p. 4) coloca o Orçamento Participativo como: “um processo de consultas e debates sobre o Orçamento público municipal [...], na relação entre a população participante e o governo, vão-se gerando aprendizados, vai-se redefinindo a metodologia e o alcance dessa participação”. E coloca ainda como potencial de “democratização do poder e de inversão de prioridades, garantindo que a agenda e os recursos públicos se voltem para os interesses realmente públicos, ao invés de vincular-se de modo privatista a interesses de elites privilegiadas” (1988, p. 17).

Bravo e Correia (2012) utilizam o termo “controle democrático” como alternativa ao controle social, uma vez que este pode trazer uma conexão com a Ditadura Militar Brasileira e para representar novas configurações de participação social existentes no Brasil, não institucionalizadas, como A Frente Nacional contra a Privatização e os Fóruns de Saúde. A Frente (2011) é composta por fóruns de saúde, entidades, movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e objetiva a defesa constante por um SUS público, e estatal. Esses novos espaços reforçam o que Neves (2012, p. 118) aponta, ao colocar o controle democrático como “a ampliação da participação nas decisões públicas”.

Apesar da importância do exercício do controle democrático inclusive pelos instrumentos informais de pressão social, o presente trabalho, focará as Conferências Nacionais de Saúde, compreendidas como uma forma institucionalizada de participação. A opção por abordar as Conferências se deve ao fato de considera-las um importante

instrumento de participação social e por terem um alto reconhecimento público, contribuindo para a formulação de políticas públicas e para o fortalecimento da participação da sociedade no que diz respeito à área de saúde.

## **2.4 Conferência e Conselhos de Saúde.**

As Conferências de Saúde existem desde 1941, com o então presidente Getúlio Vargas (BRASIL, 2009), conferências marcadas pela não participação social, em épocas de saúde mercantilizada, privatista, assistencialista e de ditatorial. Somente com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, fruto de lutas do Movimento de Reforma Sanitária, foi possível a conquista histórica da participação da sociedade civil de forma quantitativa e qualitativa na conferência, referenciando e propondo um novo sistema de saúde, público, universal e gratuito.

Contudo, as conferências de saúde não possuem ampla legislação que incidam sobre ela, de sorte que “alude reiteradamente às deliberações das próprias conferências para consubstanciar o que seria o papel a ser desempenhado pelas instâncias de controle social”. (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 86).

Costa; Vieira (2012) destacam o fato de que as conferências nacionais, de modo geral, tiveram um aumento em sua frequência no governo de Fernando Henrique Cardoso, contudo foi no governo Lula que esses foros participativos tiveram o maior número de execuções. Essa ampliação do espaço participativo traz uma diversidade de entidades presentes, pois ampliando a ideia de participação social, ampliam-se espaços de construção de política pública e acentua-se a noção e (execução) da cidadania.

Costa; Vieira (2012, p. 31b) mostram como se organiza uma conferência nacional, são “Convocadas pelo poder executivo, são estruturadas em etapas municipal, estadual e nacional com participação paritária de delegados de representação popular e de gestores públicos setoriais”, dessa forma representam “processos construtivos e ascendentes” (LOIOLA, 2014, p. 2).

Guizardi et al. colocam as conferências como “instâncias nas quais (pelo menos potencialmente) se abre espaço para que a participação social ocorra na formulação de

políticas”, e ainda “se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte.” (2004, p. 16).

A 9ª Conferência, compreendida como uma continuação da 8ª - trouxe um eixo sobre o controle social e neste, colocou a conferência como “foros deliberativos, fundamentais para a democratização do processo decisório e debate e difusão das melhores alternativas para a saúde do cidadão” (BRASIL, 1992, p. 36).

A 10ª Conferência (1998) trouxe para o debate, no eixo do controle social, propostas para o Conselho de Saúde. Seguindo neste eixo, a 11ª conferência (2000) traz propostas, conforme aponta Escorel e Bloch (2005), que vem fortalecer o que foi discutido em conferências passadas, ressaltando: “fortalecimento do exercício da cidadania através do Controle Social da sociedade, em especial na área de saúde, por intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários, com exigência de respeito às suas decisões” (BRASIL, 2001, p. 14) e traz a máxima “a efetivação do SUS só é possível com controle social” (2001, p. 16).

A 12ª conferência, que ocorreu em 2003 fortaleceu o controle social, trazendo punição pelos órgãos competentes ao descumprimento das propostas resultantes das conferências, estabelece o interstício de quatro anos entre as conferências nacionais de saúde, propõe convocar conferências específicas, por exemplo, para saúde do trabalhador, gestão participativa, entre outras. (BRASIL, 2004).

Em 2008, ocorre a 13ª conferência, que traz em uma de suas propostas: “Que as conferências de saúde sejam um espaço efetivo de inclusão social de todos os atores envolvidos com o SUS, em especial os usuários e os trabalhadores, incluindo todas as raças, gêneros e etnias e estimulando a participação de observadores em todas as suas etapas [...]”, (BRASIL, 2013, p. 161), tras propostas para o fortalecimento da saúde, enquanto controle social, conselho de saúde, participação popular, informação à população.

Em 2012, acontece a 14ª Conferência Nacional de Saúde, com temas referentes ao controle social, no que tange a participação social e conferência de saúde e propõe:

Efetivar o controle social no SUS que envolve as conferências, conselhos de saúde de todas as esferas, com retaguarda de entidades profissionais e sindicais, fóruns e redes, movimentos sociais, criando-se mecanismos que possibilitem o monitoramento, controle e avaliação da gestão pública, divulgando

permanentemente, em todas as mídias, políticas, programas, direitos dos usuários e ações desenvolvidas no SUS. (BRASIL, 2012, p. 21).

Escorel e Bloch (2005) ressaltam que falar de conselho de saúde pressupõe uma relação intrínseca com as conferências de saúde. Daí o fato de serem colegiadas, uma relação constante entre esses dois foros de participação da sociedade civil de forma contínua e complementar.

Em novembro de 2015 ocorrerá a 15ª conferência nacional de saúde, terá como tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro” e contará com os seguintes eixos temáticos:

I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; II - Participação Social; III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; e VIII - Reformas Democráticas e Populares do Estado; (BRASIL, 2015 Resolução nº 500, art. 2º, § 1).

Os conselhos de saúde, compreendido como Conselho de Direitos<sup>11</sup>, são órgãos legitimados e estabelecidos em lei. Em 1937, o Conselho Nacional de Saúde foi regularizado, ainda quando os Ministérios da Saúde e Educação eram um só, dezessete anos depois, o Conselho Nacional teve uma nova regulamentação, por meio do Decreto nº 34.247/54 (COSTA; VIEIRA, 2012). Guizardi et al. (2004, p.2) apontam que “os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas”.

Os Conselhos de Saúde, obedecendo ao princípio da descentralização se fazem presentes em grande parte do Brasil, dessa forma “os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde”. (BRASIL, Resolução nº 453/2012). Esta Resolução estabelece os conselhos como “uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros”. (IDEM, 2012). A composição dos conselhos é paritária, sendo “a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos”. (BRASIL, 2012). Compete aos Conselhos:

---

<sup>11</sup> “São órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Por meio desses conselhos, a comunidade (com seus representantes) participa da gestão pública”. (BRASIL, 2013, p. 5)

estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde; (BRASIL. Resolução nº453/2012)

Para Martins, os conselhos de saúde representam um espaço de participação da sociedade civil amplo e plural, onde se almeja a construção de uma saúde universal e justa,

Neste sentido, a discussão sobre o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil e sua importância para a participação da sociedade civil na tomada de decisão é elemento primordial no processo de construção da cidadania, sendo ainda importante instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde (SUS). (MARTINS, et al, 2008 p. 2).

O processo de institucionalização dos Conselhos trouxe para o debate se este formato é favorável ou não para a construção da participação social, pois institucionalizar um mecanismo de participação traz “burocratização da participação social, resultando em divisões do movimento popular pela saúde” (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 38). Para tanto, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi decidido a criação de espaços participativos independentes do Estado, ou seja, não institucionalizados, de modo a não instrumentalizar a participação da sociedade civil, nos conselhos (COSTA; VIERIA 2012).

Coelho (2012) traz que a institucionalização da participação popular, trouxe para a saúde, a ampliação dos atores sociais, possibilitando reivindicações ampliadas relacionadas à saúde. Bravo e Correia (2012) apontam que, na perspectiva liberal, o controle social, apoia-se na busca de uma parceria solidária para o enfrentamento dos problemas sociais, busca-se diminuir os gastos de forma racionalizada e eficaz, discurso esse defendido pelo governo de FHC. Deste modo, a política de participação passa a representar a ideologia dominante, uma vez que “este é o controle social que interessa às classes dominantes e é funcional para a preservação do seu domínio” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 136). Nesse sentido, o desafio do controle social, particularmente os conselhos de saúde está em combater a crescente interferência liberal e políticas dissonantes do espaço em constante conquista do SUS.

Em 2012, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) traçou o perfil dos conselheiros do CONADE, foi aplicado um questionário ao órgão, sendo que dos 38 membros titulares, 23 responderam ao questionário. Ressaltando que este órgão é regido por distribuição paritária, 50% sociedade civil e 50% do poder público, destes 61% pertencem à sociedade civil e 35% às instituições de poder público. O sítio do CONADE (2015) traz em

duas tabelas a relação do número de conselhos por municípios e por estado, sendo 27 Conselhos Estaduais dos Direitos da Pessoa com Deficiência e 589 Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência, representando este número, aproximadamente 10% de conselhos municipais no Brasil.

Cabe destacar algumas categorias analisadas pelo IPEA, o CONADE é representado quase igualmente por ambos os sexos, com 52% do sexo masculino e 48% do sexo feminino, no âmbito da raça/cor há uma representação de 70% da cor branca seguida de 22% parda e 4% amarela e 4% preta. No quesito escolaridade, os conselheiros apresentaram 48% de ensino superior, seguido de 22% com especialização, 17% com mestrado completo, 4% com doutorado completo e 9% com ensino médio. Existe conselheiro em todas as regiões do Brasil, porém em pouca quantidade, conforme mostra a pesquisa, sendo que no Centro-Oeste residem 10 conselheiros, no Nordeste e Sudeste residem 5 em cada região, 2 na região Norte e 1 na região Sul (IPEA, 2012).

Em relação ao que os conselheiros defendem dentro da instituição, 48% defende interesse “de toda a coletividade”, 22% interesse “da minha instituição”, 4% interesse “do meu setor” e 26% não respondeu à esta categoria. Quanto ao grau de articulação com o poder público, 39% responderam ser satisfatório, seguido de 22% muito satisfatório, 17% pouco satisfatório e 9% insatisfatório e 13% não respondeu. No que diz respeito à articulação com a sociedade civil, 43% responderam ser muito satisfatório, tendo 19% para satisfatório e para pouco satisfatório e 19% não responderam.

Na questão relacionada à frequência quanto à correspondência do conselho sobre às expectativas dos seus setores, 52% respondeu ser frequente, 26% às vezes, 13% sempre, 9% não respondeu. No tópico influência do conselho para a elaboração de políticas públicas da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República 52% disse ser significativa, 31% muito significativa, 13% pouco significativa e 4% não respondeu. Já para a questão da influência para a construção de políticas públicas relacionadas a outros ministérios, as respostas foram 4% muito significativa, 22% significativa, 48% pouco significativa, 8% não tem influência seguido de 9% para não sabe e também para os conselheiros que não responderam (IPEA, 2012).

Sobre a influência dos conselhos para a iniciativa da sociedade civil, temos 22% para muito significativa, 39% para significativa, 30% para pouco significativa e 9% para os não

respondentes. Sobre a influência dos conselhos sobre a percepção da opinião pública sobre o tema, temos 4% para muito significativa, 22% para significativa, 48% para pouco significativa 8% para não tem influência, seguida de 9% para não sabe e 9% para não respondentes. Outra pergunta interessante foi sobre a compreensão dos assuntos tratados no conselho, os conselheiros responderam 17% não sabem, 31% sabem parcialmente, 48% saber plenamente e 4% não responderam. Sobre a atuação da sociedade civil junto ao conselho, 43% disseram ajudar bastante, 48% disseram ajudar e 9% não respondeu (IPEA, 2012). Destaca ainda as principais dificuldades e obstáculos as quais os conselhos são submetidos, sendo elencados pelos conselheiros:

Pouco tempo de discussão nas reuniões; Limitação de passagens e diárias para comparecimento de conselheiros; Divergências nas opiniões de conselheiros; Reuniões muito esparsas; Questões políticas alheias à agenda do conselho; Pauta e subsídios para discussão disponibilizados com pouca antecedência; Excesso de burocracia; Carência de estrutura (IPEA, 2012, p. 42).

Estes obstáculos mostram que ocorre a necessidade de muita atuação política e da sociedade civil junto ao Estado e sociedade para que a pessoa com deficiência tenha seus direitos assegurados e exercidos, uma vez que dentro do CONADE, órgão deliberativo sobre tal segmento enfrenta problemas estruturais, como por exemplo, excesso de burocracia, carência de estrutura e limitação de passagens e diárias para o comparecimento dos conselheiros, o que exerce uma influência negativa para a formulação e execução das políticas públicas para este segmento em questão.

O IPEA trouxe nas questões abertas um ponto bastante importante, como considerações dos conselheiros para a melhoria na atuação junto ao conselho, sendo: “Aperfeiçoamento das reuniões e questões administrativas, Modificações nas regras do conselho, Publicidade ao trabalho do conselho, Condições estruturais e financeiras para a atuação dos conselheiros e do conselho, Capacitação, ” (IPEA, 2012, p. 44).

Ainda nesta pesquisa, o IPEA trouxe os pontos fortes do CONADE considerados pelos conselheiros, sendo os mais significativos: “Capacidade de produzir políticas públicas (propostas e demandas consistentes), Relação com a Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, Fortalecimento da democracia/controle social, Representatividade e diversidade/pluralidade” (IPEA, 2012, p. 43), etc.

Esta pesquisa demonstra que ainda que o CONADE enfrente desafios, este é primordial para a construção e manutenção das políticas públicas para a pessoa com



deficiência, sendo necessário a intensificação da presença da sociedade civil junto a este conselho, fortalecendo assim o conceito de conselho dentro da participação social.

### **CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DE PROPOSTAS REFERENTES À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (6ª A 8ª), CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (12ª A 14ª) E CONFERÊNCIAS NACIONAIS DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (1ª A 3ª).**

Dada a sua importância na garantia do direito à saúde, a participação social, materializada no SUS como Controle Social, se exerce principalmente por meio dos Conselhos e Conferências. Mais especificamente sobre as Conferências de Saúde temos fatos históricos e importantes que vêm contribuindo para a construção de uma saúde pública voltada ao atendimento de todos os segmentos sociais, exaltando assim a cidadania fortalecida com o reestabelecimento da democracia.

Foram analisadas as conferências nacionais de saúde e as do Distrito Federal ocorridas nos últimos doze anos. As conferências ocorreram nos anos de 2003 (6ª CSDF, 12ª CNS), 2007 (7ª CSDF, 13ª CNS) e 2011 (8ª CSDF, 14ª CNS) e tiveram como temas: “Saúde. Um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos - o SUS que queremos”, “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” e “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”. Além disso, analisou-se também os relatórios de três Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ocorridas nos anos de 2006, 2008 e 2013.

Deste modo, foi realizado um mapeamento das propostas relacionadas à pessoa com deficiência a partir dos relatórios das nove (9) Conferências, ou seja, Conferência Nacional de Saúde (CNS – 12ª a 14ª), Conferência de Saúde do Distrito Federal (CSDF – 6ª a 8ª) e nas recentes Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD – 1ª a 3ª).

Realizou-se a leitura de todo o conteúdo dos relatórios utilizando os seguintes descritores para o mapeamento das propostas: deficiência, deficiente, pessoa com deficiência e necessidades especiais. No total, foram encontradas 222 propostas relacionadas ao tema nas nove conferências, sendo 84 das Conferências Nacionais de Saúde e 11 das Conferências de Saúde do DF. No caso da Conferência dos Direitos da Pessoa com Deficiência, foi contabilizado somente as propostas que diziam respeito à saúde da pessoa com deficiência, já que todas as propostas se referem ao público analisado. Neste sentido, mapeou-se um total de 127 propostas no conjunto das três Conferências.

Destaca-se que tanto nas conferências distritais quanto nas nacionais, há um quantitativo próximo ao das propostas da CNDPD. Ressalta-se que reconhecendo o caráter

diferenciado da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, por ser uma conferência específica voltada para o segmento da pessoa com deficiência enquanto as outras duas são da área de saúde, optou-se por analisar o conteúdo das propostas de forma separada, demonstrando as especificidades e distinções, já que no caso desta conferência, focou-se propostas relativas à área de saúde..

De modo geral, as propostas das conferências distritais de saúde trataram de deliberações sobre ampliação dos programas de saúde com pleno acesso às pessoas com deficiência, transporte gratuito para doentes crônicos, acessibilidade no DF e modernização do parque industrial do DF. As propostas das CNS tratam de temas como: mecanismos antidiscriminatórios, fortalecimento do sistema de seguridade social para pessoas com deficiência, mercado de trabalho, qualificação profissional, programas sociais, cumprimento da política nacional de saúde, programa social que garanta alimentação e renda àqueles que possuam algum tipo de deficiência ou limitação que a impeça de adquirir tais meios, educação inclusiva, órtese e prótese, reconhecimento de doenças como deficiências, acessibilidade, políticas públicas e etc.

Buscando organizar as 96 propostas mapeadas referente somente as CNS e CSDF, utilizaram-se os seguintes subtemas/áreas: política de ação afirmativa, saúde, fortalecimento da saúde, financiamento, legislação, seguridade social e controle social. A tabela abaixo demonstra, sinteticamente, as propostas encontradas de acordo com cada área estabelecida.

Tabela 01 - Número de propostas por área relacionadas à Pessoa com Deficiência segundo tipo de Conferência.

	6 <sup>a</sup> CSDF	7 <sup>a</sup> CSDF	8 <sup>a</sup> CSDF	12 <sup>a</sup> CNS	13 <sup>a</sup> CNS	14 <sup>a</sup> CNS	Total
Política de Ação afirmativa	03	02	05	11	15	03	39
Saúde	00	01	00	15	16	04	36
Financiamento	00	00	00	04	01	01	06
Seguridade Social	00	00	00	01	00	01	02
Legislação	00	00	00	02	02	00	04
Controle Social	00	00	00	04	05	00	09

TOTAL	03	03	05	37	39	09	96
-------	----	----	----	----	----	----	----

Fonte: CFSF (6ª, 7ª, 8ª), CNS (12ª, 13ª, 14ª).

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Dentre as conferências, a XIII CNS teve mais deliberações, totalizando 39 propostas e as que tiveram menos deliberações foram a 6ª CSDF e 7ª CSDF, cada uma com 03 propostas. A categoria que mais teve deliberações foi política de ação afirmativa com 39 propostas, destas, 15 na 13ª CNS. Esta categoria caminha na contramão do liberalismo, pois fortalece e amplia o sistema de atenção ao cidadão, considerando os segmentos sociais, antes negligenciados pelo Estado e sociedade, como pessoa com deficiência, negro, mulher, gênero, etc.

A segunda categoria com maior número de deliberações foi a saúde/SUS com 35 propostas, destas, 16 na 13ª CNS seguida de 15 propostas na 12ª CNS. O mais relevante nesse estudo foram as propostas relacionadas ao fortalecimento da saúde/SUS, pois é uma categoria que vem ao encontro de toda a luta estabelecida pela saúde, enquanto direito de todos, principalmente, com a privatização batendo às portas do SUS em busca do seu desmantelamento, fortalece o conceito ampliado de saúde, por considerar outras áreas, além da dualidade saúde/doença.

### 3.1 Política de Ação Afirmativa

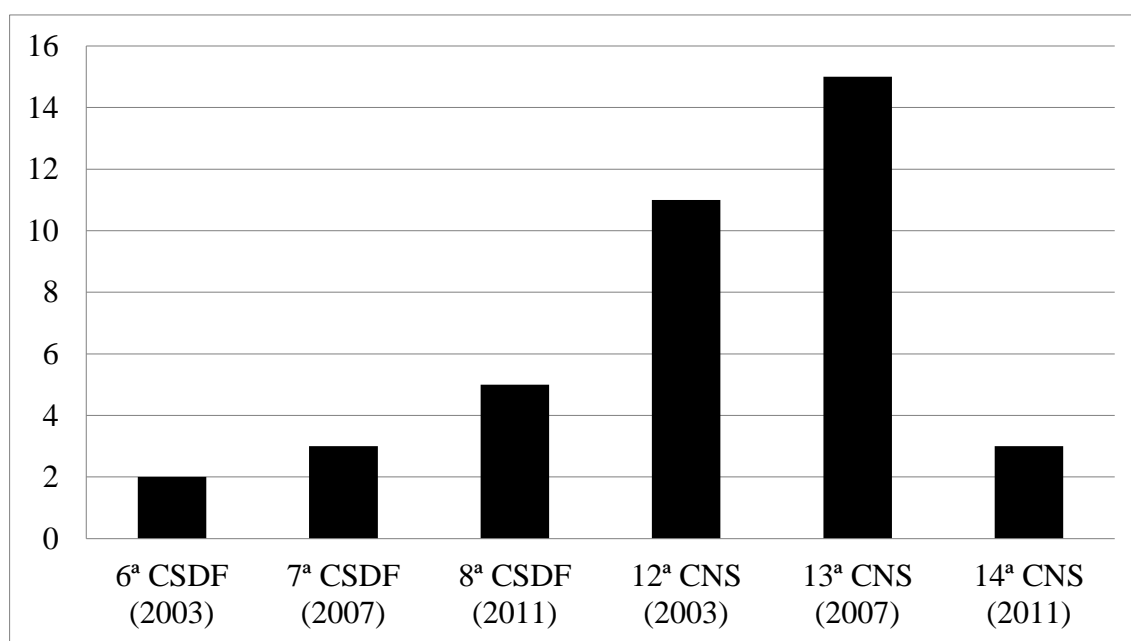
A política de ação afirmativa é uma política compensatória, dada a historicidade da população a qual é dirigida, que vivencia uma desigualdade histórica, com impedimentos no acesso aos direitos sociais básicos. Cria-se uma linha tênue entre o direito e o acesso a ele. Conforme entendimento do ex-ministro da Justiça, Joaquim Barbosa, “as ações afirmativas como políticas públicas voltadas à concretização do princípio constitucional da igualdade material e à neutralização dos efeitos perversos da discriminação racial, de gênero, de idade, de origem nacional e de compleição física.” (Superior Tribunal Federal, 2012), ou seja, a política de ação afirmativa vem na contramão da desigualdade, vem para buscar cessá-la. Segundo Nascimento (2003, p. 1), as ações afirmativas são “ações de afirmação de identidade e produção de direitos”. Para este autor,

[...] as políticas de ação afirmativa são – e assim devem ser pensadas e tratadas pela sociedade – políticas de universalização de direitos. Mesmo caracterizando-se como tratamento específico para determinados grupos sociais em situação social-histórica

de desvantagem, tais políticas podem fazer parte de uma estratégia de promoção de igualdade entre os diversos grupos de uma dada sociedade. (NASCIMENTO, 2003, p. 2).

Foram encontradas 39 propostas relacionadas à ação afirmativa, sendo que grande parte delas se referem ou destacam nas CSDF no fortalecimento da atenção básica, da seguridade social, políticas que empoderem os grupos minoritários, ou seja, em maior grau de vulnerabilidade, acesso à saúde por meio da acessibilidade do transporte e por meio de criação de um programa de atendimento à pessoa com deficiência. Nas CNS destacam-se propostas referentes à políticas que exerçam mecanismos antidiscriminatórios e de combate ao preconceito, mercado de trabalho, serviços sociais e intersetoriais, cumprimento do Plano Viver sem Limite, atenção à renda e alimentação da pessoa com deficiência, política de assistência, previdência, acessibilidade universal, categorização de novos tipos de deficiência, centros de referência, comunicação, inclusão.

Gráfico 1. Número de propostas relacionadas à Pessoa com Deficiência na área Política de Ação Afirmativa por tipo de Conferência



Nota-se que as propostas seguiram um ritmo crescente até a XIII CNS, o que representa um avanço significativo, contudo, a XIV CNS traz poucas propostas para esta categoria, assim como para a pessoa com deficiência, trazendo apenas 8 propostas.

Compreende-se que a maioria das propostas visam a afirmação e o reconhecimento da pessoa com deficiência enquanto pessoa humana, pois a matéria das propostas apontam para a

qualidade de acesso e meios possíveis para que as pessoas com deficiência possam usufruir de uma saúde de qualidade e acessível, da básica à alta complexidade, atrelados aos conceitos de intersetorialidade e transversalidade, norteadores do Plano Viver sem Limite, pois estes conceitos atuam “aprofundando políticas já existentes e inovando de acordo com as demandas apresentadas” (PLANO VIVER SEM LIMITE, 2014, p. 23). O plano traz medidas para o desenvolvimento das tecnologias assistivas, mercado de trabalho, educação, habilitação e reabilitação e acessibilidade.

A importância da intersetorialidade e transversalidade é apontada pelo Plano como uma estratégia devido à multiplicidade de questões que envolvem a pessoa com deficiência e que demandam uma diversidade de políticas. E, para que isso ocorra, faz-se necessário o diálogo entre as políticas, tornando-se “necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenção capazes de interligar distintos setores das políticas públicas, de maneira a resultar numa ação conjunta de vários programas.” (PLANO VIVER SEM LIMITE, 2014, p. 27).

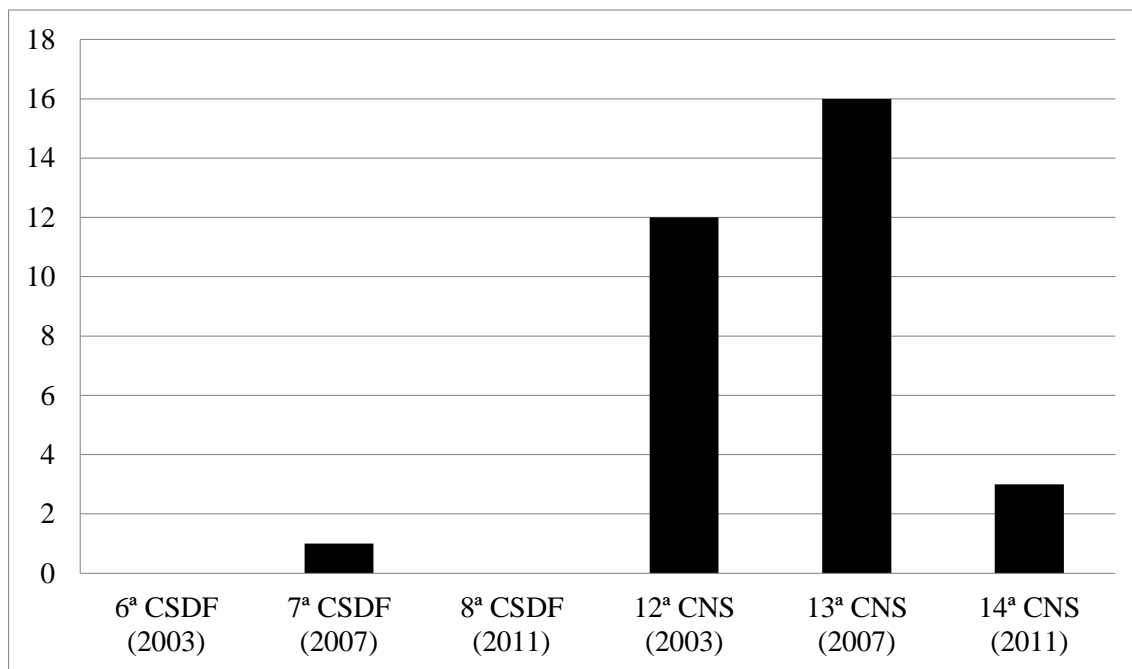
### **3.2 Saúde/Sistema Único de Saúde**

Na área de saúde foi pensada com base no conceito ampliado de saúde, pois além de representar um ganho democrático, uma vez que a saúde pública é resultado de um processo de luta social e legitimada com o reestabelecimento da democracia, e com a Constituição de 1988, é um conceito abrangente, uma vez que contempla as condições sociais, políticas e econômicas para o bem estar da saúde, saindo da dualidade saúde/doença e entendendo saúde como um conjunto de fatores externos à vida do cidadão. Nas CSDF e CNS foi mapeado um total de 36 propostas relacionadas à área de saúde.

O conteúdo dessas propostas nas CSDF aparece na 7ª conferência com uma deliberação que promove o fortalecimento e ampliação da atenção especializada, como, por exemplo, transplantes. As Conferências Nacionais (12ª, 13ª e 14ª) abordam a garantia e ampliação da atenção básica, o foco na saúde da mulher, no programa Saúde da Família e equipe interprofissional para o tratamento da deficiência. Além disso, encontrou-se propostas relacionadas à interação entre as políticas de previdência e saúde, para a melhoria no atendimento do INSS quanto à concessão de benefícios para pessoas com qualquer deficiência. Percebe-se que as propostas giram em torno da justiça social, igualdade, atenção e proteção da vida doméstica e sexual, acesso universal a medicamentos, respeito à diversidade

cultural e social na construção das políticas, educação em saúde, saúde da criança e adolescente, cuidados médicos e atenção às enfermidades.

Gráfico 2. Número de propostas relacionadas à Pessoa com Deficiência na área de Saúde/SUS por tipo de Conferência.



Observa-se que as 6ª e 8ª conferências de saúde do DF não tiveram propostas para a saúde da pessoa com deficiência, o que pode representar a necessidade de mobilização e novas ações para que a atenção a este público seja fortalecida. Em contrapartida, a 13ª CNS traz 16 propostas para a categoria, seguida da 12ª CNS com 12.

Esta área contém propostas sobre o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde/SUS, bem como àquelas que diziam respeito ao tratamento de enfermidades e acesso a recursos necessários à melhor adaptação às condições de vida impostas pela deficiência, além disso, abrange ainda propostas que exercessem papel de fortalecer o SUS e a saúde pública, resultando em uma afirmação da luta coletiva e incessante para a construção da saúde pública, enquanto direito de todos, preconizando seus princípios – universalidade, integralidade, participação social, igualdade, etc.

Foi traçado no Plano Viver sem Limite ações para o desenvolvimento dos eixos temáticos. Um dos eixos, a saúde, traz medidas que vão ao encontro das propostas nas conferências, como a atenção odontológica, habilitação e reabilitação, órtese e prótese, transporte que viabilize o acesso à saúde, atenção à triagem neonatal, diretrizes terapêuticas,

identificação precoce de deficiências. Estas medidas vão ao encontro do proposto nas conferências de saúde, ou seja, este plano materializa e estabelece ações para o que já vinha sendo proposto pelas pessoas com deficiência, contribuindo para o fortalecimento dessas medidas.

### **3.3 Financiamento**

A área de financiamento contempla propostas relacionadas ao desenvolvimento de orçamentos e recursos para a saúde. Até meados da década de 1970, os recursos destinados à saúde não representavam uma porcentagem relevante no orçamento do Estado. Com a criação do INAMPS, a saúde passa a ocupar um espaço maior no orçamento, porém, é com a criação do SUS que o financiamento da saúde é determinado de forma que atenda os princípios do Sistema Único de Saúde. O financiamento é estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e reforçado pela Lei nº 8142/90, Lei nº 8080/90:

O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

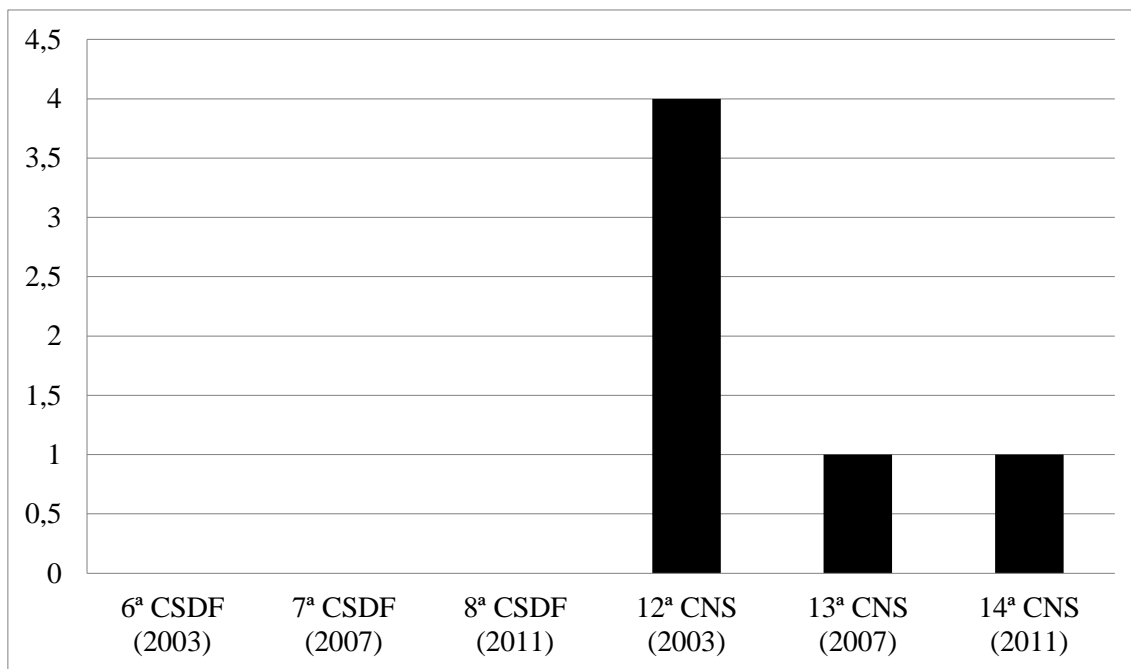
§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras. (LEI Nº8080 DE 1990, ART. 31, 32.)

No escopo das propostas, temos nas CNS deliberações sobre conquista de recursos para consultas oftalmológicas e optométricas, construção/adequação da acessibilidade, conforme estipulado pela ABNT; recursos para atender doentes crônicos e degenerativos,



financiamento de órteses e próteses. Segue abaixo gráfico detalhando as propostas relacionadas ao financiamento destinado à pessoa com deficiência por conferência.

Gráfico 3. Número de propostas relacionadas à Pessoa com Deficiência na área de Financiamento por tipo de Conferência.



Nota-se que as conferências distritais de saúde não apresentaram propostas sobre a categoria financiamento para a saúde da pessoa com deficiência, e as propostas das conferências nacionais foram pouco significativas, contudo, observa-se que o Plano Viver sem Limite (2014) orçou R\$ 1.496.647.714 para a atenção à saúde, recurso esse significativo para o estabelecimento do disposto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

### 3.4 Legislação

A área referente à legislação foi estruturada a partir das deliberações legais sobre a pessoa com deficiência, por reconhecer que o marco legal, tal qual foi a conquista da conferência nacional de direitos para pessoa com deficiência, torna-se um fortalecimento na luta pelos seus direitos, oportunizando maior acesso para este segmento. Quando esse acesso é

negado, há a possibilidade da judicialização<sup>12</sup> da saúde, ressaltando-se que o acesso a saúde não se esgota nestas alternativa. Esta categoria apresentou quatro propostas. (rever este paragrafo. Está confuso e precisa de um ponto pq muitas frases perdem o sentido)

As propostas presentes nesta área foram apresentadas nas conferências nacionais de saúde e traziam os seguintes temas: inclusão de doenças crônicas para o acesso a mecanismos sociais por meio de mecanismos legais, passe livre para a aviação civil, atenção legal à deficiência visual. Tais propostas mostram a importância do caráter legal para a conquista de novas políticas bem como o fortalecimento das existentes.

### **3.5 Seguridade Social**

Na área de seguridade social foram incluídas três deliberações das CNS: política de humanização na previdência social; a redução de idade de 65 para 60 anos para aquisição do BPC; e a não acumulação no cálculo da renda para aquisição de um novo BPC para pessoa com deficiência.

Esta categoria é muito importante, pois vai ao encontro do proposto pelo Plano Viver sem Limite (2014), já que traz o diálogo entre as políticas e ações governamentais usando da intersetorialidade entre as políticas de assistência e previdência. O Plano supracitado recapitula o proposto pela Política Nacional de Assistência Social (2004) ao estabelecer o atendimento prioritário à pessoa com deficiência e a sua família, ou seja, essa categoria contempla outras políticas fundamentais para o processo de afirmação da pessoa com deficiência, sendo primordial seu fortalecimento e ampliação, fazendo com que as políticas, seguindo o conceito Beveridgiano de Seguridade Social.

### **3.6 Controle Social**

Esta área foi definida, por entender a relevância deste tema em uma conferência e a possibilidade que este traz de continuidade às práticas participativas, resgatando também suas conquistas e desafios. Foram identificadas somente 9 propostas nas CNS que tratam de

---

<sup>12</sup> “Mecanismo de garantia de direitos e ampliação de políticas públicas” (VENTURA et al, 2010, p. 76), pois é uma ação que baseia-se em “no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios” (2010, p. 78).

tópicos como fortalecimento do controle social, democratização, criação de fórum permanente, controle social da seguridade social e conferências temáticas intersetoriais.

Esta categoria é crucial exatamente porque fortalece todo o processo de luta social, de reivindicações, de pautas e de diálogo com a sociedade e com o governo, para o estabelecimento de uma vida participativa e sem barreiras.

### **3.7 Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CNDPD)**

A Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência é uma conquista muito relevante para esta população pois amplia o acesso à construção de políticas, programas e fortalece o lema “nada sobre nós sem nós”, ou seja, demonstra a luta da pessoa com deficiência para a construção de um sujeito de direito. da pessoa com deficiência. Corrobora o proposto pela Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em seu artigo 29 que trata sobre a participação na vida política e pública, garantindo igualdade de oportunidade, de modo que seja assegurada com acessibilidade e tecnologias assistivas e reconhecendo, também, o direito de viver em comunidade. Esse artigo colabora para um fortalecimento deste público, colocando no debate público e político, em pé de igualdade, respeitando o modelo social de deficiência, onde o espaço e sociedade eliminam as barreiras impostas à pessoa com deficiência e a inclui na sociedade.

Essa conquista teve sua primeira materialização em 2006, com a realização da 1ª CNDPD, com o tema “Acessibilidade: Você também tem compromisso”. Desta conferência resultaram 265 propostas. Destas, foram encontradas 25 na área de saúde da pessoa com deficiência.

A 2ª conferência ocorreu em 2008 com o tema “Inclusão, Participação e Desenvolvimento - Um novo jeito de avançar” com 51 propostas, destas 10 dizem respeito à saúde da pessoa com deficiência. E a 3ª conferência ocorreu em 2012 com o tema “Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: novas perspectivas e desafios”, com 404 propostas, destas 91 do eixo saúde.

Estas propostas giraram em torno de temas como: ensino e difusão da comunicação em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), órtese e prótese, cadastro único para pessoa com deficiência, inclusão, tecnologia assistiva<sup>13</sup>, capacitação continuada, unidades de referência da

---

<sup>13</sup>A tecnologia assistiva, também compreendida como ajuda técnica consiste em: “produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade,

pessoa com deficiência, direito reprodutivo e sexual das pessoas com deficiência, acessibilidade, atendimento humanizado, atendimento prioritário da pessoa com deficiência na rede de saúde, disponibilização de medicamentos nas três esferas, educação, fiscalização da qualidade no atendimento à pessoa com deficiência, campanha educativa sobre deficiência, intersetorialidade de políticas e equipe multiprofissional, acesso da pessoa com deficiência ao diagnóstico e laudo médico, cumprimento do “eixo saúde” Plano Viver sem Limites.

As campanhas educativas, presentes nas propostas apontam para o proposto na Convenção, em seu artigo 8º que trata da conscientização que busca promover o respeito por meio do combate ao preconceito e às formas de opressão à pessoa com deficiência. A acessibilidade presente nas propostas vem no artigo 9º da Convenção e trata da vivência independente da pessoa com deficiência, eliminando as barreiras existentes nas partes que compõem a sociedade, desde os direitos básicos aos mais específicos, tanto em estrutura física quanto informativa.

A questão do gênero, presente nas propostas destas conferências, tem seu fortalecimento na Convenção, em seu artigo 6º que trata das mulheres com deficiência. Neste artigo, há o reconhecimento da vulnerabilidade que mulheres e meninas com deficiência possuem, de forma agravada, uma vez que a questão de gênero que é tão presente na sociedade atual e devastadora nas relações sociais, pode ser mais intensa com as mulheres e meninas com deficiência, as sujeitando “a múltiplas formas de discriminação” (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2011, p. 32). Destarte, os Estados Partes da Convenção usarão de medidas para que essa discriminação seja atenuada e/ou eliminada por meio da autodeterminação, ou seja, o reconhecimento político dessas mulheres.

Outro fator importante, resultado das propostas das conferências e que encontra o proposto na Convenção é sobre a habilitação e reabilitação e sobre o trabalho, artigos 26 e 27 da Convenção, respectivamente, o artigo 26 apresenta um texto que articula políticas e propostas para o estabelecimento da plena autonomia da pessoa com deficiência (aqui entram também, as propostas sobre tecnologias assistivas, presentes nas conferências). E o artigo 27, que trata do trabalho, traz perspectivas quanto ao ingresso, permanência, remuneração, igualdade no trabalho, orientando sobre a exclusão da discriminação durante o processo de ingresso em um emprego, bem como durante sua permanência, tornando o mercado de trabalho acessível à pessoa com deficiência.

---

relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social” (BRASIL, LEI Nº 13.146, ART. 3º, III).;

O artigo 24 da Convenção é orientado pelo conceito de educação inclusiva, não discriminação e igualdade de oportunidade, buscando atingir o “pleno desenvolvimento do potencial humano e do senso de dignidade e autoestima” (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2011, p. 49).

Em relação à proximidade entre as propostas das 9 Conferências, destaca-se que todas elas trazem a necessidade de maior investimento orçamentário em ações para esta população, além da necessidade de garantir uma política de saúde de qualidade, tanto na área de promoção quanto de prevenção e tratamento. Destaca-se que nas CNDPD apareceram algumas propostas que não estão presentes nas CNS e nas CSDF, por exemplo, a proposta da terceira CNDPD “Adequar e aperfeiçoar o sistema de atendimento para chamadas de urgência, que seja informatizado para receber mensagens de socorro por SMS, outra forma similar e colocar tecnologias assistivas para surdos com monitor com orientações em libras” (BRASIL, 2013, p. 75), “Construir centros de equoterapia/equitação para pessoas com deficiência para reabilitação, incluindo pessoas com hemoglobinopatias, com estrutura mínima e profissionais capacitados.” (BRASIL, 2013, p. 76) e a criação de um cadastro único para pessoa com deficiência com o objetivo de correlacionar ações permanentes entre Política de Saúde e Política de Assistência Social (BRASIL, 2008). Tal fato, demonstra a necessidade de que haja uma maior mobilização nacional para que estas reivindicações e propostas presentes nas Conferências específicas, sejam pautadas e discutidas também nas Conferências de Saúde.

Por fim, como ideia de envolver todo o contexto de propostas da saúde, subcategorizadas como política de ação afirmativa, saúde/SUS, financiamento, legislação, e controle social, finalizamos com o artigo 25 da Convenção que trata sobre saúde. Neste, “as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência”. (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2011, p. 51), e possuir “acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero”, deste modo reconhecendo as diferenças existentes para além do conceito social de deficiência, mas também conceitos da pessoa humana, primeiramente.

Todo esse debate em torno da Convenção e das conferências faz aquecer a discussão que há algumas décadas ganhou espaço no cenário público e político onde ocorrem diversas reivindicações do movimento da pessoa com deficiência e de outros movimentos chamando

a atenção para a necessidade de criação de políticas públicas que rompa com uma atenção discriminatória, preconceituosa, incapacitante, quando não, assistencialista e caritativa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao falar no movimento político da pessoa com deficiência, faz-se necessário recorrer a construção do movimento de reforma sanitária, este movimento começou na década de 1970, contando com a sociedade organizada, entidades de base, categorias profissionais e a sociedade que insatisfeitas com os rumos que saúde estava tomando, devido ao fato da abertura ao capital aceito pela situação política de ditadura militar da época. Esta abertura vislumbrava levar a saúde ao patamar de mercadoria, logo perdendo o seu valor, ao invés de ganha-lo. Somado a várias outras insatisfações populares da época, foi organizado um movimento social para que findasse a ditadura militar e se (re) instalasse um estado democrático.

Para tanto, este movimento possibilitou as bases para construção de uma saúde pública e universal, materializado no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, dois anos antes da Constituição Federal de 1988, e fomentou a criação de um texto para a saúde para esta Lei e em dois anos, a criação da Lei de Regulamentação da Saúde.

Somado ao processo de articulação social, a pessoa com deficiência, que recebia uma tímida e pontual atenção à saúde, ficando a dispor da caridade e assistencialismo começa a conquistar um espaço na atenção pública, com a criação da CORDE aprovação do Plano Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, e em 1999 a criação do CONADE.

Desta forma, fez-se necessário um recorte sobre a participação social no Brasil compreendendo-a como um mecanismo que a sociedade possui para inserir-se dentro do Estado, de forma a integrar as ações e decisões, bem como administrar e fiscalizar suas políticas e ações. Na saúde, a participação social ocorre por meio do controle social, esta participação se dá, principalmente pelos conselhos e conferências materializados pela regulamentação da Lei nº 8142 de 1990.

Neste ensejo, foi realizado um mapeamento das propostas nos últimos doze anos, relacionadas à pessoa com deficiência nas Conferências de Saúde do Distrito Federal (6ª a 8ª), nas Conferências Nacionais de Saúde (12ª a 14ª) e nas Conferências Nacionais sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (1ª a 3ª), que se iniciaram em 2006 representando mais um avanço para a construção de políticas voltadas para esta população.

Destaca-se que como principais achados da pesquisa, propostas que possuam o mesmo objetivo, mas com diferentes intervenções, como por exemplo, as que envolviam habilitação e reabilitação, o incentivo a produção e a facilidade ao acesso de órteses e próteses, a necessidade de campanhas de conscientização social sobre deficiência, a reorganização da sociedade para promoção a acessibilidade para as pessoas com deficiência, a valorização das equipes multiprofissional, atenção a saúde bucal, atenção à educação, etc.

Desta forma, conclui-se que é fundamental a participação social das pessoas com deficiência e a inclusão de suas necessidades enquanto propostas nas Conferencias e também em outros espaços de participação. A inserção desta temática na pauta das políticas públicas contribui para a garantia da dignidade da pessoa humana, tal qual está apontado na Constituição Federal de 1988, , proporcionando mecanismos que não segreguem uma pessoa por sua lesão corporal, por sua deficiência, mas que proporcionem acessibilidade, quebra das barreiras da sociedade, desde o acesso à saúde, como ao lazer, de modo que seja garantido sua autonomia em qualquer meio social, ressaltando o modelo social de deficiência..

Por fim, este trabalho buscou contribuir para o apontamento da construção e ampliação do reconhecimento da pessoa com deficiência como sujeito de direitos e inserção da pessoa com deficiência na sociedade, reconhecendo sua relação com o processo de construção da saúde pública e universal, luta pelas direitos e construção de uma sociedade democrática e, principalmente, a aquisição do modelo social de deficiência, pois este modelo permite avanços primordiais para as relações sociais da pessoa com deficiência, em todos os espaços, seja lazer, trabalho, saúde, educação, correspondendo assim ao que é proposto na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª edição 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AROUCA, Sérgio da Silva. O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, 1975. São Paulo. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000055963>>. Acesso em 20 ago. 2015.

BLOCH, Renata Arruda; Escorel, Sarah. .As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima, Nísia Trindade (org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Lima Trindade, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Elder. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/2380730/livro-completo----cfess---servico-social--direitos-sociais-e-competencias-profis>. Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2015.

BRASIL. CONADE. Disponível em <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/conselhos-no-brasil>>. Acesso em 09 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf)>. Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 26 jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm)>. Acesso em 17 ago. 2015.

BRASIL. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras

providências. 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 03 jul. 2015.

BRASIL. Lei Nº 13.146, de 6 de Julho De 2015. Disponível em <[Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.Htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm)>. Acesso em 17 ago. 2015.

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 dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 03 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em 03 jul. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos\\_saude\\_responsabilidade\\_controle\\_2edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf)>. Acesso em 03 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)> Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 9.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho. Brasília, 14 de agosto de 1992. Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia\\_nacional\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude.pdf)>. Acesso em 17 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)>. Acesso em 17 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2015.

BRASIL. O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência na Visão de seus Conselheiros Relatório de Pesquisa Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília, 2012. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriosconselhos/121023\\_relatorio\\_cona de.pdf](http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriosconselhos/121023_relatorio_cona de.pdf)> . Acesso em 03 set. 2015.

BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. Resolução nº 500, de 12 de fevereiro de 2015. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2015/Reso\\_500.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2015/Reso_500.pdf)>. Acesso em 03 de Ago. 2015.

BRASIL. Resolução nº453, de 10 de maio de 2012. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc>>. Acesso em 03 de Ago. 2015.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Conselho de Saúde do Distrito Federal. Relatório final 6ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Conselho de Saúde do Distrito Federal. Relatório final 7ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Conselho de Saúde do Distrito Federal. Relatório final 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 109, p. 126-150, Mar. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 ago. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; Matos, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: Política Social e Democracia / Maria Inês Bravo, Potyara Amazoneida Pereira (Organizadoras) 4ª. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BRAVO, Maria Inês. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: Política Social e Democracia / Maria Inês Bravo, Potyara Amazoneida Pereira (organizadoras) 4ª. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

CARVALHO, Maria Do Carmo - "Participação social no Brasil hoje". Papers Pólis 2, 1998. Disponível em <<http://polis.org.br/publicacoes/participacao-social-no-brasil-hoje/>>. Acesso em 26 ago. 2014.

CEBES. Quem somos. Disponível em <<http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>>. Acesso em ago. 2015.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde soc., São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, mai. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 ago. 2015.

COHN, Amélia, Elias, Paulo Eduardo M. Saúde no Brasil: Políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez: CEDEC. – 6 ed., 2005.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2015.

CONFERENCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Brasília: CONADE, 2006. Disponível em <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/iv-conferencia-nacional>>. Acesso em 07 ago. 2015.

CONFERENCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Anais da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Brasília: CONADE, 2008. Disponível em <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/iv-conferencia-nacional>>. Acesso em 07 ago. 2015.

CONFERENCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Anais da III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Brasília: CONADE, 2013. Disponível em <[http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_144.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_144.pdf)>. Acesso em 07 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em 05 jun. 2014.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (2007). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. -- 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

CORREIA, M. V. C.. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. 20. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005. v.

01. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em 10 jun. 2015.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Participação, Democracia e Saúde/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009. Disponível em <[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro\\_particioacao.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_particioacao.pdf)>. Acesso em 04 jul. 2015.

COSTA, Ana Maria, VIEIRA, Natália Democracia Participativa e Controle em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-8-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES-Democracia-Participativa-e-Controle-Social-em-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 17 ago. 2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre a modernidade. In: Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000. Disponível em <[http://www.escoladeconselhospara.com.br/upload/arq\\_arquivo/1602.pdf](http://www.escoladeconselhospara.com.br/upload/arq_arquivo/1602.pdf)>. Acesso em 15 ago. 2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. Sociedade civil e democracia no pensamento liberal e marxista. Libertas, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.70 – 82, jul-dez, 2008. Disponível em <<http://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/download/1789/1264>>. Acesso em 09 set. 2015.

DEFICIÊNCIA, Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD, 2014. Disponível em : <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-viver-sem-limite-2014.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2015.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. Seguridade social: redefinindo o alcance da cidadania. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise. IPEA, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais / Brasília, volume 1, 2009. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/bps\\_completo\\_1.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/bps_completo_1.pdf)>. Acesso em 17 ago. 2015.

DINIZ, Debora. O que é Deficiência / Debora Diniz, - São Paulo: Brasiliense, 2007. Coleção Primeiros Passos.

EDITORIAL. A desnutrição e o pensamento econômico social. Saúde em debate, nº 3, ABR – MAI – JUN, 1977. Disponível em <<http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=SaudeDebate&PagFis=2635>>. Acesso em 17 ago. 2015.

EDLER, Flávio C; ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade (org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Lima Trindade, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Elder. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S. . História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, L; Escorel, S.; Lobato, L.V.; Noronha, J.C.; Carvalho, A.I.. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, v. 1, p. 323-364.

FALLEIROS, Ialê; LIMA, Júlio C. F. Saúde como Direito de Todos e Dever Do Estado. In Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2014.

FERRAZ, Ana Targina Rodriguez. A reconfiguração dos movimentos sociais no Brasil no século XXI. In: Democracia, sociedade civil e serviço social: uma perspectiva crítica / organizadoras: Angela V. Neves, Alba Tereza Barroso de Castro. \_ Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2012. 220 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, 1910 – 1989. Miniaurélio século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa / Aurélio Buarque de Hoalnda Ferreira; coordenação de edição, Magarida dos anjos, Mariana Baird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos... [ et al.]. 4. ed. rev. ampliada. – Rio de Janeiro: Nova Fonteira, 2000.

FLEURY, S. A Seguridade Social inconclusa. 2006. Disponível em <[http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap\\_liv/seguridade\\_social.pdf](http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/seguridade_social.pdf)>. Acesso em 06 set. 2015.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes.pdf>>. Acesso em 17 ago. 2015.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO. Em defesa do SUS: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWl6bUctbE14cHFQZw/view?pli=1>>. Acesso em 16 Ago. 2015.

GIBBS, Graham. Análise dos dados qualitativos. Editora Artmed. São Paulo. 2009.

Goulart, Débora Cristina. Opostos que não se atraem: a sociedade civil para Gramsci e os neoliberais. Lutas sociais n° 19/20, 2008. Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/18753/13944>>. Acesso em 09 set. 2015.

GRAMSCI, Antônio, 1891-1937. Cadernos do cárcere, volume 2 / Antônio Gramsci; edição e tradução Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Bogueira. – 3ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GRUPPI, Luciano. Conceito de hegemonia em Gramsci; tradução de Carlos Nelson Coutinho q apresentação de / Luiz Werneck Vianna. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

GUIZARDI, Francini Lube et al . Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39,

Jun. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 ago. 2015.

HEGEMONIA. USP Dicionário de Verbetes. Disponível em <[http://www.usp.br/fau/docentes/deprojeto/c\\_deak/CD/4verb/hegemon/index.html](http://www.usp.br/fau/docentes/deprojeto/c_deak/CD/4verb/hegemon/index.html)>. Acesso em 26 jun. 2015.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA Cristina M. O.; Lima, Nísia, T. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade (org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Lima Trindade, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Elder. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

LANNA Júnior, Mário Cléber Martins (Comp.). História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. Disponível em <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/Hist%C3%B3ria%20do%20Movimento%20Pol%C3%ADtico%20das%20Pessoas%20com%20Defici%C3%Aancia%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em jun. 2015.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. Hist. cienc. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, Dez. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 set. 2014.

LOIOLA, Andrey Almeida. 25 anos de conferências democráticas e participativas: análise dos relatórios das conferências nacionais de saúde. 2014. 23 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em <<http://bdm.unb.br/handle/10483/9618>>. Acesso em 24 abr. 2015.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes da utopia. Physis, Rio de Janeiro, v 18, n.1, p. 105-121, 2008. Disponível a partir <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de jun.2015.

MARX, Karl. A ideologia Alemã (Primeiro Capítulo). Ed. Ridendo Castigat Mores. 2005 [1846]. Disponível em <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/ideologiaalema.pdf>>. Acesso em 19 ago. 2015.

Moreira, Márcia Chaves. Determinação Social da Saúde: Fundamento Teórico-Conceitual da Reforma Sanitária Brasileira. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, 2013. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10923/5569>>. Acesso em 09 set. 2015.

NASCIMENTO, Alexandre do. As políticas de ação afirmativa como instrumentos de universalização de direitos. Rio de Janeiro: Revista Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia, Número 18. Rede Universidade Nômade: Rio de Janeiro, 2003.

Disponível em <<http://www.ufgd.edu.br/reitoria/neab/downloads/as-politicas-de-acao-afirmativa-como-instrumentos-de-universalizacao-dos-direitos-alexandre-do-nascimento>>. Acesso em 29 jul 2015.

NEVES, Angela Vieira. Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo / Angela Viera Neves. – Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

NEVES, Angela Vieira. Espaços públicos, participação e clientelismo: um estudo de caso sobre o orçamento participativo em Barra Mansa, Rio de Janeiro. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 215-221, Dez. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 nov. 2014.

NEVES, Angela Vieira. Os desafios da representação da sociedade civil nos arranjos participativos: em xeque a questão do controle social. IN: Democracia, sociedade civil e S social. Editora da UNB, 2012.

NOGUEIRA, Marco Âurélio. Em defesa da política. Capítulo 01 pag.13-46. As três políticas cap V p.55-66. São Paulo: SENAC, 2001.

OLIVEIRA, R. M. ; SILVA, I. M. F. . Participação e controle social na encruzilhada: os mecanismos de (des) politização. In: V Seminário Internacional de Política Social, 2012, Brasília. V Seminário Internacional de Política Social, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, Jun. 1986 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1986000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 Ago. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2015.

RAMOS, Leonardo César Souza A sociedade civil em tempos de globalização: uma perspectiva neogramsciana / Leonardo César Souza Ramos; orientador: José Maria Gómez. – Rio de Janeiro: PUC-Rio, Instituto de Relações Internacionais, 2005. Disponível em <[http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/6617/6617\\_5.PDF](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/6617/6617_5.PDF)>. Acesso em 26 jun. 2015.

SALAZAR, Roberta. Estado brasileiro, direitos sociais e as diferentes qualidades de cidadania. . In: V Seminário Internacional de Política Social, 2012, Brasília. V Seminário Internacional de Política Social, 2012.

Superior Tribunal Federal. Notícias STF. <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=206023>>. Acesso 29/07/2015.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. In: Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, p. 94-115, out./dez. 1987. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9610/8659>>. Acesso em 28 dez. 2014.



VENTURA, Miriam et al . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 ago. 2015.