

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



1290004572

TCE/UNICAMP
B862c
FOP

SEBASTIÃO BATISTA BUENO

Controle Social em Saúde

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de título de Especialista em Odontologia Coletiva.

034

**PIRACICABA
2002**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

SEBASTIÃO BATISTA BUENO

Controle Social em Saúde

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de título de Especialista em Odontologia Coletiva.

Orientadora: Profª Drª Dagmar de P. Queluz

PIRACICABA
2002

N.º Classif. _____
 N.º autor B. B.
 v. _____
 Tombo 205

Unidade - FOCEN-CAMP

TCE/UNICAMP

B862c Ed. _____

Vol. _____ Ex. _____

Tombo 4572

C ☐ D ☒

Proc. 16 P-334/2010

Preço R\$ 4,00

Data 03/03/2010

Registro 473147

Ficha Catalográfica

B862c	Bueno, Sebastião Batista. Controle social em saúde. / Sebastião Batista Bueno. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2002. 35f. Orientadora : Profª Drª Dagmar de P. Queluz. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Descentralização. 2. Municipalização. 3. Participação popular. I. Queluz, Dagmar de P. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.
-------	--

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da
 Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Dedico este trabalho à minha
esposa Sandra Leão Bueno,
pelo apoio e incentivo.

Dedico também à minha mãe
Domingas e aos meus filhos
Lucas, Leonardo e Tatiana
pelo carinho de sempre.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz, pela orientação e carinho dispensados.

Ao Coordenador do Curso em odontologia Coletiva Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, pela dedicação à coordenação e pela amizade que demonstrou durante todo o curso.

Ao meu irmão e professor Dr. Marcelo C. Meneghim, pelo companheirismo e disposição dispensada durante todo o ensinamento.

Ao meu irmão e colega cirurgião dentista Luiz Waldo, por ter me aconselhado em muitos momentos.

Aos amigos e colegas do curso de Especialização.

Aos amigos que participaram, direta ou indiretamente, permitindo que este trabalho fosse realizado.

A Deus, pela oportunidade, e pela capacidade de poder concluir o curso.

“Não são os nomes que constituem os governos mas sim o uso e o exercício daqueles poderes destinados a acompanhá-los.”

John Locke

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL	10
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
2.2 CONQUISTA SOCIAL	15
2.3 DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO	18
2.4 CONTROLE SOCIAL	20
3 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	29

RESUMO

A literatura mostra grandes produções teóricas a respeito do *controle social* dando ênfase à cidadania, que se contrapõe às regras de mercado e induz à reflexão entre ser usuário e consumidor. Desta maneira ao discutir as formas da população brasileira participar do controle no Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se grandes dificuldades, pois os conselhos, alienados de um sistema liberal privatizante dentro do setor, vêm cedendo aos poderes unilaterais do Estado, por falta de conhecimentos ou por benefícios próprios. A atual situação político-social da saúde deve ser superada com um novo alicerce social formado pela municipalização, descentralização, conferências e projetos pedagógicos junto aos conselhos, integrando-os ao controle social.

ABSTRACT

Literatures shows great theoretical productions on social control emphasizing citizenship, which opposes market rules and leads to a consideration about the difference between being a user and a consumer. Thus, when discussing the ways Brazilian population participates in the control of Sistema Único de Saúde – SUS (Unique Health System), one can observe great difficulties, because the councils, unaware of a liberal privatizing system inside the sector, have been giving way to unilateral powers of the State, due to lack of knowledge or self benefit. The current social-political situation of health must be overcome by means of a new social foundation formed by municipalization, decentralization, conferences and pedagogical projects together with the councils, integrating them to social control.

1 INTRODUÇÃO

Controle Social, em termos amplos, pode ser visualizado como o controle do homem sobre a natureza ou de homens sobre homens, o que envolve noções sobre o poder, dominação, direito, fiscalização, representação, entre outros. Na sociologia, o controle social refere-se ao conjunto de valores e nomes por meio dos quais as tensões e conflitos entre indivíduos e grupos são resolvidos ou minorados, a fim de manter-se a solidariedade de um grupo mais amplo e também as disposições pelas quais esses valores e normas são comunicados e instalados (WANDERLEI, 1993).

O Sistema de Saúde Brasileiro está em crise, a bem da verdade deveríamos dizer que o Sistema de Saúde é a crise, pois deixa a mostra as contradições dos contratos sociais na sociedade brasileira. Ao propor e tentar praticar uma atenção universal e equânime, transforma-se em exemplo solitário de solidariedade e participação. A Privatização do setor saúde afasta o Estado do *controle social* e surge como um dos maiores problemas para uma política que garanta o acesso universal. A população que não pode pagar por um serviço de saúde é discriminada socialmente e para ela resta somente a consciência política do problema e um *controle social* pleno transformando o Estado e resgatando a democracia social (VALLA, 1993; VALLA & STOTZ, 1993; CORREA, 2000; BRASIL, 2002).

Os conselhos de saúde vêm desempenhando este valioso papel no resgate à cidadania através das funções deliberativas, fiscais ou consultivas. As *Conferências Municipais*, através dos fóruns de debates, reorientam o modelo assistencial através do processo de municipalização da gestão do sistema e implementam o fortalecimento da participação e o *controle social* (MENDES, 1998).

2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação popular é muito explorada na sociedade e na mídia, com apelos constantes para que todos exerçam seus direitos de cidadania principalmente na educação e na saúde, porém deveriam ser discutidas primeiramente as relações entre as classes sociais e a nossa sociedade (VALLA, 1993; MENDES, 1998).

O *controle social* somente poderá ser exercido através da participação da sociedade, VALLA & STOTZ (1993) falam das participações sociais mais comuns que nos leva ao entendimento do que a sociedade tem feito nos momentos históricos atuais: Municipalização, Integração, Mutirão, Desenvolvimento Comunitário e Participação Popular.

Modernização - A modernização é um processo que equivale ao desenvolvimento de novas formas de produzir e consumir, sendo capaz de

superar os atrasos tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade. Podemos citar como exemplo destas inovações o uso de cartões para sacar dinheiro nos bancos eletrônicos, o uso de cartão de crédito e outras modernidades que marcam a participação popular na profunda mudança da sociedade (VALLA & STOTZ, 1989).

Integração dos grupos “marginalizados”- Uma grande parte da população, devido a sua pobreza, está à margem da sociedade, não participando do consumo e acesso aos serviços básicos principalmente aos da saúde. A visão de que essa maioria está fora da sociedade é uma ilusão, pois a verdade se resume em uma participação social desigual, onde grande parte da população com salários baixíssimos sustenta uma minoria elitizada. Os programas que procuram integrar a população marginalizada dentro da sociedade brasileira, deveriam garantir empregos, melhores salários, escolas públicas e serviços de saúde de qualidade (KOWARICK, 1976; VALLA & STOTZ, 1993; BARROS, 1996).

Mutirão - São apelos ou convites feitos à população que mora nos bairros e nas favelas para realizar com seu próprio trabalho e tempo de lazer, e, em alguns casos com seu próprio dinheiro, obras que são de competência do governo. Os convites partem dos governantes, grupos políticos e religiosos que usam freqüentemente palavras de estímulo às atividades da comunidade como:

o povo não precisa de ajuda, o povo é auto suficiente, a população não é preguiçosa, etc. O mutirão tem diferentes formas mas sempre transmitindo a idéia de participação social da população. A forma mais grosseira de mutirão é aquela que a população entra com o material e com o trabalho, enquanto que a forma mais sofisticada é aquela que o governo dá o material e a população entra com o trabalho. A crítica sobre o mutirão não consiste na forma da participação social, mas ao fato da população pagar várias vezes por obras que é de seu direito. Paga a primeira vez com os impostos, a segunda com o dinheiro na compra do material e a terceira com o uso do tempo de lazer para reprodução de força de trabalho. O mutirão deve ser a última opção de se conseguir uma obra, um meio de protesto, no sentido de deixar as autoridades conscientes de que a obra deveria ser realizada com o dinheiro público já arrecadado dos trabalhadores através do impostos pagos, pois os governos demonstram que não há verbas para obras fundamentais à população de baixa renda enquanto gasta verdadeiras fortunas com obras voltadas à população “elitizada” (VALLA, 1988; VALLA & STOTZ, 1993).

Desenvolvimento Comunitário - O desenvolvimento comunitário é uma forma sofisticada de mutirão, onde a população planeja e toma suas decisões com pequena participação financeira do Estado. Trata-se de associativismo e de comunitarismo. É uma forma que grupos dominantes têm

para atrair a população trabalhadora a aderir planos de desenvolvimento com pouca participação na riqueza produzida (VALLA & STOTZ, 1993).

Participação Popular - A participação popular é uma participação política das entidades que representam a sociedade em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Dentre as demais formas de participação a popular diferencia-se das demais por legitimar a política do Estado frente a população, significando um acesso para que as entidades disputem o controle e a destinação da verbas públicas. As entidades que defendem os interesses das classes dominantes buscarão sempre bloquear, desviar e impedir o desenvolvimento do movimento popular através de restrições às informações fragmentando a participação, limitando as atribuições e retardando as decisões através de manipulações das lideranças populares em troca de benefícios políticos ou pessoais (VALLA *et al.*, 1988; CARVALHO, 1993; VALLA & STOTZ, 1993; DIAS, 1998).

2.1 Antecedentes Históricos

As ações de assistência a saúde no Brasil iniciou em 1923 com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que eram organizadas por empresas com administração e financiamentos realizados por trabalhadores e empresários, sendo a assistência médica colocada como instrumento fundamental do sistema previdenciário (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998). Em 1930 surge

os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sendo organizados e controlados por categorias profissionais, com grande participação do Estado (CARVALHO & GOULART, 1998). São criados os institutos dos marítimos, institutos dos comerciários, institutos dos bancários, institutos dos industriários e outros. Nesta fase há um grande superávit, com formações consideráveis de patrimônios institucionais (FARIAS, 1997; CUNHA & CUNHA, 1998).

No governo de *Getúlio Vargas* tem início uma reforma política administrativa junto com a constituição de 1934 e a ditadura imposta, dando origem ao Estado Novo em 1937 (CUNHA & CUNHA, 1998). Neste período houve uma centralização do poder bem como uma maior participação estatal com medidas demagógicas extremamente populistas. Os fatos resultaram em movimentos das classes trabalhadoras dando origem a criação do Ministério do Trabalho (OLIVEIRA & SOUZA, 1997; CUNHA & CUNHA, 1998). A partir de 1945 até o início da década de 60 com a crise do regime de capitalização e o crescimento do sanitarismo desenvolvimentista, marcado pela nova constituição de 1946 e pelo estatuto do trabalhador rural ocorre a expansão dos serviços próprios da Previdência em contra partida há uma grande expansão dos serviços privados na saúde, levando ao distanciamento do controle dos usuários (OLIVEIRA & SOUZA, 1997; CARVALHO & GOULART, 1998; CUNHA & CUNHA, 1998).

A participação da sociedade nos rumos da Previdência e nas políticas de saúde, foi abolida com o golpe militar de 1964 provocando uma centralização nas decisões através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (CUNHA & CUNHA, 1998). Neste sentido o Estado passa a ser soberano no gerenciamento do sistema eliminando a participação dos usuários (*controle social*) que era integrado nas CAPs e nos IAPs (MENDES, 1993). O crescimento da insatisfação popular, somado às altas taxas de mortalidade infantil e ao I Simpósio Nacional de Política de Saúde, fortaleceram os movimentos populares internos pela democratização e por um sistema de saúde centrado na atenção primária (CUNHA & CUNHA, 1998; RONCALLI, 2000). O Movimento Sanitário Brasileiro, com a profunda crise sócio – econômica dos anos 80, chega ao seu ponto máximo na VIII Conferência Nacional em 1986. O advento da Nova República através da Constituição de 1988 contribui para o início da grande Reforma Sanitária (RONCALLI, 2000).

2.2 Conquista Social

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, destaca o conceito ampliado de saúde, colocando-a como direito de todos e dever do estado (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). A consciência nacional neste momento eleva a compreensão de que o controle através da sociedade tornar-se-ia o principal instrumento contra a má utilização das verbas públicas

destinadas ao desenvolvimento social, contrapondo às vontades arcaicas de governantes envolvidos em corrupções e favorecimentos próprios (CARVALHO & GOULART, 1998).

De acordo com GRINDLE & THOMAS, citados por CORTES (1998) “consideramos pouco provável a constituição de mecanismos formais e públicos de representação dos interesses das classes populares na América Latina, pois estes países possuem como características uma sociedade civil desorganizada, incapaz de equilibrar os poderes políticos, econômicos e militares das elites, em aliança com a burocracia estatal”.

No entanto, com a Constituição de 1988 tais afirmações passam a não ser a nossa total realidade pois com a organização dos serviços detalhados através do artigo 198 e com o financiamento do sistema nos termos do artigo 195, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

O novo sistema traz a idéia de universalidade e equidade com participação popular, ou seja, a saúde como um direito de cidadania; é o sepultamento dos modelos anteriores onde somente contribuintes tinham direitos à assistência. A cidadania antes considerada regulada, passa a se aproximar da cidadania plena (RONCALLI, 2000).

O modelo instituído faz a saúde brasileira ingressar em novos rumos sociais de maior integração do Estado e sua população, pois o controle social se faz necessário com a nova mentalidade que passa pela universalização social da

saúde, com custos do setor público, tendo à sociedade direitos jamais adquiridos (VASCONCELOS, 1993; FARIAS, 1997). Estas conquistas são garantidas pelo artigo 196 da constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

As formas de participação e *controle social* dentro da saúde pública no Brasil se concretiza com a lei federal 8.142/90, onde está prevista que os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes, que têm poder de decisão e servem para garantir a participação permanente e regular da sociedade:

- na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde;
- na formulação das estratégias de implementação dessa política;
- no controle sobre a execução;
- no controle sobre a utilização de recursos; e
- na mobilização da população.

O Conselho Municipal de Saúde passa a ser assegurado no contexto dos três níveis de governo, Municipal, Estadual e Federal. A composição deve ser paritária com 50% de usuários dos serviços de saúde e 50% distribuídos entre gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde (BRASIL,

1990). O direito sanitário está a assumir autonomia na abordagem do direito à saúde, segundo princípios e métodos próprios deparando-se com a difícil tarefa de analisar as dificuldades enfrentadas pela população brasileira na implementação dos seus direitos. Enfim, apenas a Constituição de 1988, deu ao direito à saúde a dimensão de relevância pública, instituindo-o como dever do Estado (DODGE, 1997).

2.3 Descentralização e Municipalização

A descentralização, voltada para a democratização do Estado, precisa incorporar mecanismos de acompanhamento, supervisão e avaliação dentre outros que não os tradicionalmente encontrados na experiência da administração pública brasileira (LOBO, 1998; MENDES, 1998). A supervalorização de mecanismos formais de controle extremamente burocratizados não garantiu a eficácia e a justiça na prestação da ação governamental (LOBO, 1998). Assim é fundamental o estímulo à criação de mecanismos que possibilitem à população o exercício da cobrança e fiscalização da ação do poder público. Conjugado à transparência do processo decisório, o controle pela sociedade organizada permitirá desenvolver o sentido da responsabilidade cívica da população (LOBO, 1998; CORREA, 2000). A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a descentralização dos serviços, vem outorgar legalmente os poderes ao nível local (*municípios*) que passam assim a gozar de poderes de decisões

sobre as políticas e procedimentos. A menor distância entre autoridades e usuários torna mais efetivos os controles administrativos, substituindo complexos procedimentos burocráticos pelo contato mais direto com a comunidade (TEIXEIRA, 1992; BORBA, 1993; LOBO, 1998).

O processo de municipalização acompanhado da descentralização é apontado como o caminho mais curto para a concretização do SUS, pois a proximidade facilita o apoio entre o setor saúde e os movimentos sociais, resultando desta união um maior peso político e, por consequência, maior respeito pelo poder político municipal (SOUZA, 1991; GIOVANELLA, 2002). No entanto VALLA (1993) alerta que este processo traz em seu bojo algumas desvantagens práticas. A principal é a de passar a responsabilidade dos serviços de saúde para as prefeituras sem o repasse automático, pelo governo federal da verba necessária para a manutenção desses serviços. Outra consequência é a redução ao nível federal dos programas de combate a doenças epidêmicas como malária, hanseníase, tuberculose, hipertensão, cólera e dengue. O autor ressalva que esta política, sem um *ótimo controle*, reduz a capacidade do sistema de saúde fazer frente à muitas doenças que afligem a população há muitos anos, pois a maioria dos municípios não terá nem verba, nem capacidade técnica para lidar com o problema. A descentralização do SUS tem estimulado o controle público dos sistemas de saúde mediante a criação e o desenvolvimento de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Dessa forma surgiram por todo o

país, esses diferentes conselhos que, de modo mais ou menos consciente, começaram a controlar os respectivos sistemas de saúde (BORBA, 1993; MENDES, 1998).

RODRIGUES NETO (1997), defende que a descentralização sob *controle social*, é condição *sine qua non* para o processo de democratização da saúde, cumprindo um papel ético na medida em que possibilita o planejamento e a atenção de acordo com as necessidades específicas de cada coletividade.

Assim a descentralização através da municipalização, preconizada com base no seu potencial na eficiência do gasto público, é também reivindicação social, incorporada ao texto constitucional de 1988, representando a possibilidade de permitir mais facilmente a democratização dos processos decisórios, ampliando a participação e o *controle social* sobre as ações estatais (BARROS, 1996).

2.4 Controle Social

Com a retomada da Democracia representativa e participativa, incorporando a participação da comunidade na gestão das políticas públicas, diversos mecanismos vêm sendo implantados no Brasil. Orçamento participativo, plebiscito e iniciativa popular são alguns dos mecanismos encontrados para a efetiva prática desse espírito constitucional (VALLA &

STOTZ, 1993; CORREA, 2000). No entanto, a participação da sociedade nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas tem requerido a institucionalização de órgãos deliberativos, representativos da sociedade, em caráter permanente. Os Conselhos começam a se organizar em espaços públicos com articulação entre governo e sociedade, atuando como mecanismo institucionalizado contrapondo o processo de mercantilização da saúde e a influência dos movimentos neoliberais que dificultam a efetivação do Sistema Único de Saúde (CORREA, 2000).

O *Controle Social* efetua-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando o poder de decidir questões públicas (NEDER, 1995). Só tem razão de existir quando o modelo de sistema de saúde adotado se baseia na responsabilidade do Estado, pois se a responsabilidade pela saúde se restringir aos indivíduos o *Controle Social* passa a ser insignificante (FORTES, 1997).

No Sistema Único de Saúde (SUS) definimos como usuário o cidadão que luta, mobiliza e se organiza para definir as políticas sociais, participando e exercendo efetivo controle, não apenas um consumidor que submete-se as regras de mercado presas às lógicas mercantilistas e particularistas (VALLA & STOTZ, 1993; SILVA *et al.*, 1999).

A participação na gestão governamental, com a presença de entidades, sendo novos sujeitos coletivos nos processos decisivos, não deve ser confundida com movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (SILVA *et al.*, 1999). No entanto a participação popular é a possibilidade de se estabelecer democraticamente às regras, as normas e os modos de viver; é a produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas. É a construção de um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e de fortalecimento da sociedade civil que induzirá a um trabalho dinâmico entre gestores, profissionais da saúde e usuários, eliminando as contradições da atual política de saúde, levando a projetar alternativas capazes de amalgamar os interesses de trabalhadores de saúde e da sociedade usuária (FARIAS, 1997; SILVA *et al.*, 1999).

Em nosso país, a conquista legal afirmou o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões. O *Controle Social* justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações decididas unilateralmente por interesses econômicos de grupos ou de categorias profissionais que militam no setor (FORTES, 1997).

A Constituição de 1988 possibilita os setores de administração pública, principalmente o da saúde, a terem representantes sociais normalmente

excluídos do processo político. Os conselhos de saúde, com parte formado por representantes dos usuários têm determinado grandes mudanças no sistema brasileiro de saúde, melhorando as características dos movimentos populares nas cidades (SANTOS & CARVALHO, 1992; CORTES, 1998).

“Há quem estime que haja, hoje, mais conselheiros municipais de saúde que vereadores no país. Ainda que, em muito lugares, esses conselhos sejam motivos de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador nos serviços de saúde sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional” (MENDES, 1998).

As Endemias vêm afetando especialmente as populações mais pobres sendo altamente lesivas e exigindo ações específicas do Estado, no que se refere a um sistema de saúde equânime, universal e competente, em que a participação comunitária é chave como elemento de *controle social* e endêmico (DIAS, 1998). Estas questões são fundamentais e indispensáveis para se atravessar e vencer a intrincada crise da saúde pública no Brasil, com o objetivo de ingressar em uma nova realidade social sem a desagradável sensação de retrocesso (SÁ, 1996).

As informações assistenciais e epidemiológicas da saúde é um pressuposto do Sistema Único de Saúde, visando garantir o controle social através da participação popular no processo do planejamento estratégico. A capacitação dos conselheiros é fundamental no *controle social*; O fórum popular

das conferências de saúde desempenha um papel de organização agregando movimentos comprometidos com a transformação social, preparando lideranças para desempenharem verdadeiramente as funções de conselheiros, que não necessitam ser epidemiologistas ou economistas, mas não podem prescindir da utilização dos conhecimentos econômicos e epidemiológicos (GIACOMINI, 1991; PEDERNEIRAS *et al.*, 1996; MAFIO LETTI, 1997).

O acompanhamento e a avaliação de políticas públicas são uma exigência da cidadania e seus resultados devem ser amplamente divulgados para que a sociedade possa exercer controle sobre as ações dos governos (GARCIA, 1995; OLIVEIRA JR., 1998).

As Conferências Municipais associadas aos Conselhos Municipais de Saúde constituem a base fundamental deste processo e refletem um longo percurso de formulação de idéias e de pressão elevando e exercitando o *controle social*, garantindo transformações no setor da saúde brasileira (GIACOMINI, 1991; TEIXEIRA, 1996).

As ações dos conselhos de saúde em algumas regiões, são desastrosos, pois na prática, conselho criado não significa conselho funcionando, tampouco controle social. A baixa representatividade desses conselhos desvirtuam a sua finalidade básica, ou seja, a de estarem receptivos às demandas da sociedade civil que representam, especialmente, porque inexistente o desejável processo de

comunicação do conselheiro com a sua base de representação, tornando um representante de si mesmo ou de um pequeno grupo, que o mantém (FRANÇA *et al.*, 1997; PEDROSA, 1997).

FRANÇA *et al.* (1997) descreve a participação social que acompanha o quadro de implantação do SUS na Paraíba revelando que apenas 70% dos municípios possuem conselhos municipais de saúde. Destaca a importante discrepância entre o número de conselhos municipais criados e o número de municípios habilitados em gestões de saúde, demonstrando a intenção meramente cartorial da constituição desses fóruns que foram, na grande maioria dos casos, constituídos pela necessidade de atendimento às exigências convencionais de crescimento dos municípios para o recebimento de recursos financeiros.

PEDROSA (1997) descreve uma experiência de avaliação e de intervenção pedagógica junto aos conselheiros de saúde em duas regionais de saúde do estado do Piauí. Valendo-se do projeto de incentivo ao *controle social* com a participação popular na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Depara com uma situação em que o controle político e econômico da sociedade é exercido por pequenos grupos donos do poder e da riqueza, configurando um padrão oligárquico de dominação. Neste sentido a experiência demonstrou a importância pedagógica na construção coletiva do *controle social*.

As experiências dos Conselhos e as atuações deliberativas, bem como a forma de se comunicar com o resto da sociedade estão apenas dando os primeiros passos, pois o controle social que tanto almejamos é um processo para o qual não basta a vontade política do executivo no caso do governo municipal e da sociedade, tem que haver a participação e a compreensão da própria sistemática de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro dos conselhos conscientizados da função de cada um dentro dos diferentes níveis de governo, tendo pleno conhecimento de como controlar o funcionamento desses serviços. Essa é uma grande proposta de *controle social* do SUS, agora as formas de fazer isto, ainda é uma coisa muito incipiente (PIMENTA, 1993).

A importância da participação popular na democratização, planejando, deliberando e fiscalizando através dos movimentos sociais organizados e dos Conselhos de saúde verdadeiramente constituídos junto aos gestores governamentais é definido por MOSCA, citado por KAPLAN & LASSWELL (1998). “Para que uma constituição seja um meio efetivo para a atividade de outra, deve representar uma força política isto é, deve ser a expressão organizada de uma influência social e de uma autoridade social que tenha alguma importância expressa na instituição política que deve ser controlada.”

3 CONCLUSÃO

O conhecimento pela sociedade, dos direitos adquiridos com ampla participação social, fiscalizando, planejando e deliberando faz com que a classe marginalizada socialmente tenha condições de exercer sua cidadania.

Os conselhos de saúde que possuem como principais funções as de disciplinar, planejar e deliberar desempenham papéis fundamentais no direcionamento democrático social, no entanto a realidade nos mostra um cenário preocupante, pois acabamos em muitos casos, tendo agrupamentos de representantes sociais que embora constituído legalmente não exercem suas funções dignamente. Isso que nos leva a crer que tais atitudes ocorrem por falta de conhecimentos de saúde básica ou por curvarem-se frente às forças políticas privatizantes, que os envolvem através de benefícios próprios, favores ou recompensas.

Diante de tal quadro concluímos que o Sistema Único de Saúde vem lentamente conquistando cidadania aos que estão incluídos nas classes “marginalizadas”, sendo a descentralização, municipalização e o desenvolvimento do *Controle Social*, vitais para a democratização da saúde brasileira e que a implantação de projetos informativos e educativos aos conselheiros de saúde, somada aos movimentos populares participativos em

conferências e reuniões de conselhos, torna-se relevante para a conquista da equidade, universalidade, controle e financiamento do nosso sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1,p.5-17, 1996.
2. BORBA, V.R. **Municipalização de saúde**: roteiro básico e plano diretor. São Paulo: CEDAS, 1993. 228p.
3. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília : Senado, 1988. 292p.
4. BRASIL. Lei n. 8.142/90, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **10º Conf. Controle Social**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 28 fev. 2002.
6. CARVALHO, A.I.; GOULART, F.A.A. (Org.) **Gestão de saúde curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: ENSP / FIO CRUZ, 1998. v.1, p.65-82.

* Baseada na NBR-6023 de ago. de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

7. CARVALHO, M.A.P.A. A proposta do diagnóstico participativo como instrumento para o controle social dos serviços. *In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. Participação popular, educação e saúde teoria e pratica.* Rio de Janeiro: Relume – Domará, 1993. p.113-127.
8. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final da 8º Conferência Nacional de Saúde. *In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1987. p.381-389.
9. CORREA, M.V.C. **Que controle social ? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro : FIO CRUZ; 2000.162p.
10. CORTES, S.M.V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.5-17, 1998.
11. CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – princípios. *In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR., M.; TONOM, L.M. (Org). Cadernos de Saúde 1.* Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p.11-26.
12. DIAS, J.C.P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, suplemento 2, p.19-37, 1998.
13. DODGE, R.E.F. A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistos sob o prisma da justiça. **Bioética**, Brasília, v.5, n.1, p.77-85, 1997.
14. FARIAS, P.C.L. **A seguridade social no Brasil, e os obstáculos institucionais à sua implementação.** Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 1997. 103p. Cadernos ENAP, 11.

15. FORTES, P.A.C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. **Bioética**, Brasília, v.5, n.1, p.71-6, 1997.
16. FRANÇA, J.M.; ARAÚJO, L.M.; CARVALHO, A.L. Paraíba: construindo um novo modelo de atenção à saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.17, p.43-47, mar. 1997.
17. GARCIA, R.C. **Descentralização: um processo a ser acompanhado e avaliado (ou do finja que eu finjo ou faça que nós vemos)**. Brasília: IPEA, 1995.17p. Texto para discussão, 364.
18. GIACOMINI, C.H. A sociedade civil e a garantia do processo de reforma sanitária. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.33, p.64-68, dez. 1991.
19. GIOVANELLA, O.L. Estado de bem – estar contemporâneo: políticos de contenção VERSUS bases de sustentação. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.24, n.54, p.22-37, jan./abr. 2002.
20. GRINDLE, M.S.; THOMAS, J.W. **Public choices and policy change: the political economy of reform in developing countries**. Londres: The Johns Hopkins University Press, 1991. *Apud* CORTES, S.M.V. *Op. cit.* Ref. 10.
21. KAPLAN, A.; LASSWELL, H. **Poder e sociedade**. 2.ed. Brasília: Ed. UnB, 1998. 330p.
22. KOWARICK, L. **Capitalismo e marginalidade na América Latina**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1976.
23. LOBO, T. Descentralização: uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.14-24, jan./mar. 1998.

24. MAFIO LETTI, T.M. Controle social: a experiência no município de Curitiba. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.9-14, jan./jun. 1997.
25. MENDES, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. *In*: MENDES, E.V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p.17-55.
26. MOSCA (1939). *Apud* KAPLAN, A.; LASSWELL, H. *Op. cit.* Ref. 21.
27. NEDER, C.A.P. **Controle social no SUS: a prática aos desafios**. São Paulo: Instituto de Saúde, 1995. 34p. Coleção de debates. Série políticas públicas em saúde, 2.
28. OLIVEIRA JR., M. O financiamento da área social e do sistema único de saúde no Brasil. *In*: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR., M.; TONON, L.M. (Org). **Cadernos de saúde 1**. Belo horizonte: Coopmed, 1998. p .46-78.
29. OLIVEIRA, A.G.R.C. & SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *In*: UFRN. Curso de mestrado em odontologia social. **Odontologia preventiva e social – textos selecionados**. Natal: EDUFRN, 1997. cap.8, p.114-121.
30. PEDERNEIRAS, A.R.P.; LIMA, R.T.; SILVA, S.T. Contribuição ao controle social do sistema único de saúde na Paraíba. **CCS**, João Pessoa, v.15, n.1, p.24-29, jan./dez. 1996.
31. PEDROSA, J.I.S. A construção do significado do controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil. **Cadernos em Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.741-748, out./dez. 1997.

32. PIMENTA, A.L. Políticas públicas e movimentos sociais: estratégias e formas de luta. *In*: PIMENTA, A.L. *et al.* **Saúde e revisão Constitucional, controle social e formas organizacionais do SUS**. Brasília : Org. Pan. Americana de Saúde, 1993. p.11-16. OPAS- Série Direito e Saúde, 2.
33. RODRIGUES NETO, E. Papel ético da descentralização na implantação do Sistema Único de Saúde. **Bioética**, Brasília, v.5, n.1, p.67-70, 1997.
34. RONCALLI, A.G. **A conjuntura atual do Sistema Único de Saúde e o desafio dos modelos assistenciais universais**. Araçatuba : UNESP, 2000. Adaptação do capítulo 2 da tese de Doutorado do autor, intitulada “A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade e integralidade em saúde bucal coletiva”.
35. SÁ, C.A.M. Crise da saúde no Brasi. **Anais da Academia Nacional de Medicina**, Rio de Janeiro, v.156, n.2, p.95-99, abr./jun. 1996.
36. SANTOS, L.; CARVALHO, G.I. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.34, p.60-66, mar. 1992.
37. SILVA, G.G.A.; EGIDIO, M.V.R.M.; SOUZA, M.C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários e consumidores. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.23, n 53, p.37-42, set./dez. 1999.
38. SOUZA, D.S. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.6, p.4-9, out. 1991.
39. TEIXEIRA, C.F. Conferências de saúde : construindo o SUS na Bahia. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.52, p.50-57, set. 1996.

40. TEIXEIRA, S.M.F. Descentralização dos serviços de saúde : dimensões analíticas. *In:* CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. **Cadernos...** Brasília : Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. p.27-37.
41. VALLA, V.V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. *In:* VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde teoria e prática.** Rio de Janeiro : Relume – Dumará, 1993. p.87-100.
42. VALLA, V.V. (Org) **Educação e favela – políticos para as favelas do Rio de Janeiro, 1941-1980.** Petrópolis : Vozes/ABRASCO, 1988.
43. VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. Participação popular e saúde. *In:* Série Saúde e Educação. Petrópolis : Centro de Defesa dos Direitos Humanos, 1989.
44. VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde teoria e prática.** Rio de Janeiro : Relume – Dumará, 1993. 127p.
45. VALLA, V.V. *et al.* **Diagnóstico e avaliação de experiências locais de participação popular no sistema de saúde – estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro : ENSP – FIOCRUZ, 1988.
46. VASCONSELOS, M.P.C. Políticas públicas e movimentos sociais: estratégias e formas de luta. *In:* PIMENTA, A.L. *et al.* **Saúde e revisão Constitucional, controle social e formas organizacionais do SUS.** Brasília : Org. Pan. Americana de Saúde, 1993. p.9-10. OPAS – Série Direito e Saúde, 2.

47. WANDERLEY, L.E.W. Formas de controle social: alcance e limites. *In*: PIMENTA, A.L. *et al.* **Saúde e revisão Constitucional, controle social e formas organizacionais do SUS**. Brasília : Org. Pan Americana de Saúde, 1993. p.17-21. OPAS - Série Direito e Saúde, 2.