

O CONTROLE SOCIAL COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA NO¹ SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

*SOCIAL CONTROL AS A STRATEGIC TOOL IN THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH
SYSTEM*

*EL CONTROL SOCIAL COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA EN EL SISTEMA PÚBLICO
DE SALUD BRASILEÑO*

Alexandra Alf Gallon²
Airtón Adelar Mueller³
Dyllan Frees

Resumo

A participação popular sempre esteve presente na história do desenvolvimento do Brasil. Em diversos momentos, protagonizou ações que promoveram e efetivaram importantes direitos sociais, gozados atualmente. O direito à saúde pública constitui um destes feitos, sendo uma das conquistas mais relevantes do povo brasileiro. Oficializada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Reforma Sanitária reivindicava a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integral e de qualidade. Posteriormente, com a implementação da Lei 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), garantiu-se a participação da sociedade civil na formulação e avaliação desta política pública, por meio dos conselhos e conferências de saúde. Deste modo, este trabalho objetiva discutir e refletir sobre a relevância do controle social na constituição, desenvolvimento e avaliação do sistema público de saúde brasileiro, a partir de uma revisão de literatura.

Palavras-chave: participação popular; saúde pública; reforma sanitária.

Abstract

Popular participation has always been present in the history of Brazil's development. At various times, it has played a leading role in actions that promoted and implement important social rights, currently enjoyed. The right to public health is one of these achievements, being one of the most important accomplishments of Brazilian people. Made official with the promulgation of the Federal Constitution of 1988, the Sanitary Reform claimed universal access to comprehensive and quality health services, being made official. Subsequently, with the implementation of Law 8.080/90, which regulates the Unified Health System (SUS), the participation of civil society in the formulation and evaluation of this public policy was guaranteed, through health councils and conferences. Thus, this work aims to discuss and reflect on the relevance of social control in the formation, development and evaluation of the Brazilian public health system, based on a literature review.

Keywords: popular participation; public health; sanitary reform.

Resumen

La participación popular siempre estuvo presente en la historia del desarrollo de Brasil. En diversos momentos fue protagonista de acciones que promovieron e hicieron efectivos importantes derechos sociales vigentes actualmente. El derecho a la salud pública es uno de esos hechos y es una de las conquistas más relevantes del pueblo brasileño. Oficializada con la aprobación de la Constitución Federal de 1988, la Reforma Sanitaria reivindicaba la universalidad de acceso al servicio de salud, integral y de calidad. Posteriormente, con la implantación de la Ley 8.080/90, que regula el Sistema Único de Salud (SUS), se garantizó la participación de la

¹ Trabalho apresentado originalmente durante o Salão do Conhecimento, realizado pela Unijuí, entre 26 e 29 de outubro de 2021.

² Psicóloga. Mestranda em Desenvolvimento Regional - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). E-mail: xandaalf@yahoo.com.br.

³ Doutor em Sociologia - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). E-mail: airton.mueller@unijui.edu.br.

sociedad civil en la formulación y evaluación de esa política pública, por medio de los consejos y conferencias de salud. Así, este trabajo pretende discutir y reflexionar sobre la relevancia del control social en la constitución, desarrollo y evaluación del sistema público de salud brasileño, a partir de una revisión de la literatura.

Palabras-clave: participación popular; salud pública; reforma sanitaria.

1 Introdução

Controle social é um conceito originário das Ciências Sociais. No Brasil, o termo possui expressão no âmbito das políticas públicas e corresponde à relação entre a sociedade civil e o Estado, na qual cabe aos cidadãos o papel de exercer vigilância e controle sobre as práticas deste. É preciso considerar, também, que por um período da história esse conceito esteve associado à forma contrária — isto é, o controle do Estado sobre sua população. Além disso, este termo está relacionado a conceitos como o Capital Social, desenvolvido por Robert Putnam, que defende a existência de laços comunitários fortes capazes de garantir a ação coletiva e que possibilitem a participação ativa da comunidade no processo de construção da sociedade (OLIVEIRA, IANNI, DALLARI, 2012; PUTNAM, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela organização, operacionalização e avaliação das políticas públicas de saúde do Brasil, sendo reconhecido mundialmente por sua universalidade e abrangência; ou seja, é um sistema fruto das reivindicações da população e dos próprios profissionais de saúde por um serviço que garanta a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos, de forma gratuita e integral. O controle social é consequência da participação popular e constitui um dos princípios organizativos e diretriz do SUS, garantindo que o povo tenha conhecimento sobre como este sistema está sendo desenvolvido e administrado, a nível nacional, estadual ou municipal (CORTES, 2009).

Ao observar os dispositivos constitucionais sobre o SUS, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no seu artigo 7º, refere-se à participação popular como princípio organizativo do SUS. Por sua vez, a Lei nº 8.142/1990 ratifica e regulamentar essa prática, estabelecendo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Neste sentido, os Conselhos se constituem enquanto instâncias permanentes de caráter deliberativo, presentes em todas as esferas do governo, com a finalidade de realizar o controle social (BRASIL, 1990a; 1990b).

A representatividade dos usuários através do conselho municipal de saúde tem como objetivo garantir um sistema de saúde pensado e avaliado pelos próprios utilizadores, estimulando um serviço que atenda às necessidades e peculiaridades de cada região e considere a heterogeneidade e diversidade que compõe o país. A contribuição do controle

social para o avanço na saúde enquanto espaço de formulação e deliberação da política de saúde tem fortalecido a democracia, em suas diversas dimensões (BRASIL, 2015).

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos conselhos de saúde por todo o país são mencionadas positivamente em diversos relatórios sobre o Sistema de Saúde Público Brasileiro, como inovações que se efetivaram. Entretanto, ainda não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS, pois há uma oscilação entre dois extremos: por um lado, são espaços que abrigam defensores, os “guardiões” do SUS, que lutam por único objetivo — saúde pública de qualidade para toda população; de outro lado, são apontados enquanto construções frágeis de escassa potência política e de interesses controversos (CARVALHO, 1997).

Deste modo, deve-se considerar a relevância acadêmica e social e a necessidade de dialogar sobre o tema, que é parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3, saúde e bem-estar) da agenda 2030, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse sentido, o presente estudo objetiva propor uma reflexão acerca do controle social e sua relevância no desenvolvimento e efetivação do Sistema Público de Saúde Brasileiro.

2 Metodologia

O trabalho se constitui como um ensaio teórico qualitativo; nesta abordagem, objetiva-se atingir um entendimento profundo de uma situação, em um universo que não pode ser quantificado (MINAYO, 2003). O presente trabalho também se constitui enquanto estudo bibliográfico; segundo Pádua (2004), a pesquisa bibliográfica é fundamentada nos conhecimentos de biblioteconomia, documentação e bibliografia e sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu a respeito de um tema — neste caso, o Controle Social no SUS.

3 Contexto histórico: o controle social no SUS

O termo controle social refere-se à fiscalização dos cidadãos sobre o Estado, mesmo que, em um período da história, esse conceito tenha representado um movimento contrário. Compreende-se que o termo não contempla a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, que prevê não só o controle do setor público pelos cidadãos, mas a garantia de uma nação direcionada pelo povo e para o povo (MENEZES, 2010).

Neste sentido, aponta-se que um dos motivos que inspirou a criação do controle social tenha sido a ineficiência da atividade político-eleitoral; ou seja, da insuficiente atuação dos

agentes políticos na defesa das necessidades da população e de seus territórios. Dessa forma, a inserção do controle social possibilitou que grupos populacionais — que antes não tinham acesso às decisões governamentais —, pudessem tomar conhecimento das ações adotadas e as orientassem a partir do reconhecimento e avaliação de suas demandas sociais (ROLIM *et al.*, 2013).

Habitualmente, verifica-se o funcionamento e o direcionamento do Estado embasado na organização partidária. No entanto, este eixo político-partidário está associado, de uma forma geral, a interesses de grandes grupos econômicos e, em especial, do sistema financeiro mundial. No Brasil, não há muita alteridade quando se discute a forma básica de estruturação dos poderes, que é configurada em torno do Executivo, Legislativo e Judiciário. A melhoria da governança do país, através da reorganização do contexto institucional do desenvolvimento, constitui um eixo de ação absolutamente vital, dada a importância da descentralização, transparência e participação popular (DOWBOR, 2016).

O impacto político da formação do eixo comunitário, visando à organização da sociedade em torno dos seus próprios interesses, marca a evolução de uma sociedade governada por “representantes” para um sistema no qual a participação direta do cidadão adquire grande relevância. Deve-se considerar que quanto mais centralizada a gestão, mais distante ela estará do cidadão e da realidade do seu cotidiano, ocasionando um atravessamento de interesses. O tripé formado por descentralização, transparência e participação garante a sustentação da gestão dos interesses públicos, o que pode ser caracterizado como democracia participativa, que demonstra ser mais condizente do que o precário equilíbrio centrado apenas em vieses partidários (DOWBOR, 2016).

Os autores Shimizu e Moura (2015) ressaltam que para a constituição de cidadãos capazes de sustentar a democracia, é necessário o desenvolvimento de ações educativas sobre a participação comunitária e política. Assim, evidencia-se a necessidade de estimular e orientar os indivíduos em sua formação sobre seus direitos, responsabilidades e participação no desenvolvimento da nação. Neste contexto, é premente a necessidade e a relevância de uma educação cidadã para a formação de uma população consciente e corresponsável pelo desenvolvimento de suas comunidades, cidades, estado e país.

Ainda no cenário democrático, ressaltam-se as Políticas Públicas como importantes ferramentas no fomento do bem-estar da população. Este conceito surgiu na literatura na década de 1950, a partir da necessidade de um Estado ativo, interventor na economia e na vida social (SCHMIDT, 2018). Para Teixeira (2002), as políticas públicas podem ser

denominadas como princípios e diretrizes orientadas à luz das ações do poder público; isto é, são normativas procedimentais que ocorrem nas relações entre governo e sociedade.

Existem discussões no sentido de utilizar um conceito universal para determinar essa ferramenta. Neste estudo, as políticas públicas são consideradas como *outputs*, isto é, são o produto das atividades políticas exercidas por um governo. Assim, são decisões e atividades que exigem a formulação de estratégias a serem implementadas com o intuito de contemplar as demandas sociais visando, assim, assegurar condições mínimas para o bem-estar da população e a busca por uma sociedade mais justa e igualitária. As políticas públicas abrangem desde ações simples, como compras rotineiras de matérias, até ações complexas, como a condução dos serviços de educação e saúde (GRAÇAS RUA, 1998; ZEIFERT; STURZA, 2019).

De acordo com Schmidt (2018), a importância de estudar e discutir as políticas públicas compreende diversos aspectos; entre eles, ressalta-se a eficácia e a relevância da participação cidadã no acompanhamento das complexidades da gestão pública. A apropriação e a compreensão fundamentada das políticas permitem uma ação cidadã mais qualificada e influente. Neste sentido, é essencial que o cidadão conheça e identifique os mecanismos e a previsão legal das políticas públicas que o afetam, como, por exemplo, quem participou de sua formulação, como está sendo implementado, quais são os interesses contemplados e ignorados, quais os espaços de participação existentes para sua avaliação, as principais forças envolvidas, assim como a identificação dos aliados e adversários.

O campo da saúde pública ilustra uma das áreas onde o corpo social teve grande relevância para a implementação e efetivação da saúde, como direito de todos e dever do Estado. No Brasil, a área de assistência à saúde tinha evoluído de maneira incipiente desde o século XVIII. Nesta época, a assistência hospitalar gratuita estava a cargo das Santas Casas de Misericórdia, das instituições filantrópicas e dos hospitais militares, que ofereciam seus serviços como caridade para os indivíduos que necessitavam de cuidados. A saúde coletiva se desenvolvia a partir de práticas intervencionistas, marcadas pela polícia médica higienista. Os médicos atuavam de maneira privada, em um contexto social em que apenas uma parcela restrita da população tinha acesso a este serviço. Com a implementação da seguridade social, surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs, divididos segundo categorias profissionais. Neste momento da história, o direito à saúde estava associado ao exercício de uma atividade laboral formal, deixando, à margem, um número significativo de cidadãos e de trabalhadores informais e do campo (SCLIER, 2005).

Em nosso país, os primeiros registros de participação da população na saúde ocorreram através da representação dos segmentos dos trabalhadores na previdência social, como os sindicatos, nas décadas de 1920 e 1930. No entanto, essa participação era tutelada, restrita, com limitada autonomia e poder de decisão. Em consequência do golpe militar de 1964, esses espaços ainda incipientes foram censurados e a participação população efervescente dos diferentes movimentos sociais e sindicais da época foram, pouco a pouco, enfraquecidos (ROTOLO *et al.*, 2016).

É somente a partir da década de 1970 — momento em que o regime nacional entra em crise econômica e de legitimidade social — que ressurgem algumas iniciativas de participação popular no país. Neste período, o governo, com o intuito de estabelecer uma maior legitimidade perante a sociedade, institui o desenvolvimento e a expansão de algumas ações básicas de saúde para a coletividade. Desta maneira, contemplou-se um significativo número de cidadãos excluídos do sistema, seguindo diretrizes internacionais de ampliação da cobertura; criam-se, assim, espaços de organização comunitária, que se tornaram fortes e relevantes para o que viria posteriormente (ROTOLO *et al.*, 2016).

De tal modo, o movimento da Reforma Sanitária nasceu em um contexto de lutas e reivindicações por uma saúde universal, com garantia de acesso à toda população. A expressão Reforma Sanitária foi usada para se referir ao conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, fomentada por profissionais da área e pela população em geral. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde, objetivando uma melhoria das condições de vida de toda a sociedade. Este processo introdutório teve como marco histórico marco legal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que reuniu mais de quatro mil pessoas, em Brasília – DF, precedendo a notória constituição Federal de 1988 (PAIM, 2008).

A Constituição Federal de 1988, também celebrada como Lei Magna ou Constituição Cidadã, surge no âmbito destes movimentos reivindicatórios, sendo formulada com o intuito fulcral de garantir os direitos do cidadão. Assim, efetiva-se a garantia de direitos como a saúde à toda população, transferindo para o Estado as responsabilidades para a manutenção desse sistema. Vista como uma legislação de ampla complexidade, tinha como objetivo fomentar novas possibilidades ao povo brasileiro, promovendo a garantia de direitos básicos e fundamentais, como educação, habitação, assistência social e saúde (BRASIL, 1988).

A partir das discussões e princípios estabelecidos na Constituição, no ano de 1990 homologou-se a Lei nº 8.080, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), delineando estratégias que dispõem sobre a promoção, proteção e recuperação da

saúde, assim como o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei se constitui como o principal marco na saúde pública brasileira, trazendo inúmeros avanços para saúde coletiva, apoiada em princípios como a integralidade de assistência, a universalidade no acesso, a equidade, descentralização político-administrativa, regionalização e a hierarquização da gestão e a participação da população em sua construção. Logo, pode-se afirmar que o SUS é uma conquista que se originou através de movimentos de reivindicação social, o que ressalta a importância da participação popular na conquista do bem comum (BRASIL, 1990a).

Ainda no mesmo ano, instaurou-se a Lei 8.142/90, que regulariza a participação da comunidade na gestão do SUS através do controle social, além de estabelecer normas sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde, dando outras providências. Assim, o controle social é considerado diretriz e princípio organizativo do SUS, o que torna obrigatória a execução dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, em todo território nacional. Atualmente, os Conselhos e Conferências de Saúde são os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais (BRASIL, 1990b).

De acordo com o artigo 1º da Lei 8.142/90, fica estabelecido que:

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, 1990b).

A composição de membros do Conselho de Saúde deverá ser paritária nas diferentes esferas de governo. Compõem o equivalente a 50% por representantes usuários do sistema de saúde, 25% por trabalhadores da saúde e ainda outros 25% representando gestores e prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 1990b).

Com relação às Conferências de saúde, que também seguem composição paritária, o texto menciona:

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, 1990b).

Nesse contexto, ressalta-se a institucionalização desses espaços de participação da comunidade no cotidiano dos serviços de saúde, através da garantia de atuação na fase de planejamento e também no enfrentamento dos problemas, execução e avaliação das ações realizadas e fiscalização dos recursos. O SUS se caracteriza como a primeira política pública no Brasil a adotar, constitucionalmente, a participação popular como um de seus princípios, o

que evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados, além dos aqui citados (BRASIL, 2003).

As legislações mencionadas legitimam os interesses da população no exercício do controle social e efetivação do Sistema Público de Saúde. Para Rotolo *et al.* (2016), a participação social é a base para qualquer sociedade que se configura e se institui como regime democrático. Democracia e participação, portanto, atuam de forma conjunta, em uma relação diretamente proporcional: quanto mais participativa é uma sociedade, teoricamente, mais democrática esta é. Essa perspectiva pode ser considerada como uma das formas mais avançadas do processo democrático, já que determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, onde as decisões sobre as ações na saúde deverão ser planejadas junto aos representantes da sociedade, ratificando o conhecimento destes sobre a realidade de seus territórios (ROLIM *et al.*, 2013).

4 Conselhos de saúde

O controle social, enquanto espaço de formulação e deliberação da política de saúde, tem cooperado para o avanço da saúde pública e o fortalecimento da democracia, em suas diversas dimensões. Nesta abordagem, a população participa da organização e da avaliação das propostas de saúde, através dos conselhos e conferências. Os Conselhos de saúde se configuram como subsistema da Seguridade Social, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde — inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (CARVALHO, 1997; BRASIL, 2012). Segundo a legislação:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012).

Em 2005, todos os municípios do Brasil tinham criado seus conselhos municipais de saúde, totalizando um contingente de, aproximadamente, 70 mil conselheiros. Deste total, 35 mil participam como representantes dos usuários do SUS, o que torna o conselho a rede de instâncias participativas mais abrangente do país. Os conselheiros objetivam contemplar e representar as heterogenias e as diversidades de classes, uma vez que o país não se constitui

enquanto uma sociedade homogênea; estes indivíduos, então, são considerados os novos sujeitos do SUS (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Neste sentido, a efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos conselhos de saúde por todo o território nacional são mencionadas de forma positiva nos inventários sobre o sistema de saúde pública brasileiro, apontado como um conjunto de inovações que se efetivaram. Entretanto, ainda não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS, pois há uma oscilação entre dois extremos: por um lado, são compreendidos como importante ferramenta na garantia do sistema; por outro, como construções frágeis de escassa potência (CARVALHO, 1997).

Conforme enfatiza Scorel e Arouca (2016), ao longo dos anos o desenvolvimento das instâncias participativas na saúde também revelou dilemas e limites. Em muitos momentos, os conselhos de saúde não conseguiram ser o canal de participação privilegiado da população em sua demanda pela melhoria do sistema de saúde. Assim, esses locais não se configuram enquanto espaços neutros, pois neles existiriam embates entre propostas, que ditariam os rumos a política específica; comumente, em direção aos interesses das classes dominantes. Desta maneira, estes ambientes são controversos, atravessados por tensionamentos.

Em 2010, vinte anos após a promulgação da Lei 8.142/90, que garante a participação popular no SUS, o Tribunal de Contas da União (TCU), visando prestar auxílio e formação aos membros dos Conselhos de Saúde, lançou, a “Cartilha de orientação para os Conselheiros de Saúde”. De caráter pedagógico e fácil acesso, este material vem sendo largamente utilizado como um guia prático, com o intuito de solidificar a formação dos Conselheiros, de maneira que estes agentes, membros da sociedade, reconheçam a amplitude da política de saúde e compreendam seu papel no desempenho e formulação das políticas públicas da área. Em 2015, foi lançada sua 2ª edição, devido à alteração na legislação e nova realidade normativa (BRASIL, 2015).

É importante salientar algumas competências que devem ser desenvolvidas pelos conselheiros: análise dos relatórios de gestão, fiscalização, divulgação das atividades, prestação de conta à comunidade e encaminhar possíveis denúncias aos respectivos órgãos legislativos. Também faz parte de sua competência estar próximos aos serviços de saúde de seus territórios, realizando o acompanhamento de hospitais, postos de saúde, laboratórios públicos, secretarias de saúde, entre outros serviços que compõem a rede SUS. Nesse processo, os usuários e trabalhadores devem ser ouvidos, a fim de verificar a qualidade e andamento dos serviços prestados. É necessário, também, que o conselheiro tenha conhecimento dos dados oficiais e indicadores de saúde de seus territórios como, por

exemplo, taxa de mortalidade infantil, índice de crianças e idosos vacinados, morbidade e mortalidade. Ou seja, os conselheiros de saúde devem saber como as pessoas vivem, adoecem e morrem em sua comunidade (BRASIL, 2015).

Em 2012, o governo federal aprovou a Resolução 453/2012, que objetivava aprimorar o Controle Social da Saúde no âmbito nacional, definindo as principais diretrizes e reformulando os conselhos de saúde nos diferentes níveis de atuação, após diversos debates sobre sua efetivação. Nesse sentido, foram identificadas algumas mudanças com relação a Resolução 333/2003, antes vigente; a intenção foi potencializar e garantir a imparcialidade desses espaços (BRASIL, 2012).

Algumas dessas alterações se referem, por exemplo, às atribuições do conselho. Estes órgãos poderão avaliar, desde que explicitados os critérios utilizados, a organização e funcionamento do SUS e, além disso, examinarão propostas e denúncias de indícios de irregularidade e serviços de seus interesses. Os conselhos também terão poder de decisão sobre seu orçamento, não sendo apenas gerenciadores de suas verbas. As reuniões do conselho de saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade. Com relação às entidades participativas, a cada eleição, os segmentos de representação de usuário, trabalhadores e prestadores de serviço, ao seu critério, devem promover a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas. No exercício de sua função, os conselheiros devem estar cientes de que responderão conforme a legislação vigente por todos os seus atos. Além disso, devem estar de acordo com as competências dos conselhos, conforme o atual regimento do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com Oliveira *et al.* (2013), a inclusão desses novos atores sociais como sujeitos sociopolíticos, investidos de poder institucional, alterou a maneira de fazer política dos grupos e entidades organizadas, influenciando diretamente na gestão pública. Os conselhos de saúde se configuram como instituições que estão sendo problematizadas, no debate nacional e internacional, como espaços significativos de participação política não eleitoral ou partidária.

Apesar de suas fragilidades, os Conselhos possuem expressiva relevância, especialmente em um país como o Brasil, em que a cultura da submissão, produto do colonialismo, ainda está presente na maioria da população. Nessa perspectiva, o público é considerado como mera posse de grupos seletos de privilegiados. Diversos estudos relatam a importância dos Conselhos na participação direta da gestão das políticas públicas da saúde, especialmente na área da defesa e promoção dos direitos de crianças, adolescentes, mulheres e

idosos, garantindo marcos no desenvolvimento dessas políticas fundamentais (ROLIM *et al.*, 2013).

Limberger (2016) refere que o que torna o direito à saúde de maior complexidade para sua efetividade é a sua dependência com outras políticas públicas. A efetividade do direito social à saúde está diretamente associada ao acesso à educação e a informação, como por exemplo, frisando que majoritariamente existe a política pública, mas não está sendo executada de acordo como deveria. Neste sentido, a omissão ou negligência de alguns serviços não podem ser resolvidos de maneira isolada, mas demandam ação conjunta de diversos atores sociais.

5 Considerações finais

O presente trabalho teve como objetivo propor uma reflexão acerca do controle social e sua relevância no desenvolvimento e efetivação do Sistema Público de Saúde Brasileiro, enquanto uma política pública de Estado. Destaca-se que existem muitos desafios na luta pelo direito à saúde gratuita de qualidade no Brasil. Para enfrenta-los, é necessário relembrar a história, analisar o cenário atual e as tendências para o futuro, não esquecendo todas as reivindicações e vitórias já conquistadas.

Assim, a ação cidadã é necessária, pois enriquece a gestão social no sentido de compreender a realidade ao produzir políticas condizentes com as características e especificidades vivenciadas em cada território, contribuindo para o bem-comum e melhor condição de vida em nosso país. Nessa perspectiva, evidencia-se que a formulação e o desenvolvimento das políticas públicas necessitam ser articuladas de maneira transparente, demonstrando à sociedade e ao cidadão, o fim a que elas se destinam, visando o bem comum.

O controle social, através nos Conselhos de Saúde e das Conferências, faz parte de um projeto de desenvolvimento soberano, inclusivo, sustentável e democrático, que busca a garantia do direito integral, universal e equitativo à saúde. Apesar de suas diferentes fragilidades, assim como o próprio SUS, se configuram como importantes espaços conquistados e precisam ser legitimados, fomentados e discutidos para, assim, promover o aprimoramento e sobrelevação de suas limitações.

Ressalta-se, também, que dialogar sobre uma saúde pública universal e de qualidade faz parte de uma ampla e complexa problematização, que compõem uma pauta na agenda internacional, 2030, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), propostos pela ONU. Nesta perspectiva, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos os

seres humanos, de diferentes idades, gêneros, classes e etnias, compõe um movimento no qual o controle social possui extraordinária importância na garantia de uma saúde universal e equitativa.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei 8080, 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 nov. 1990a.

BRASIL. Lei 8142, 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 União**: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para Conselheiros de Saúde**. 2 ed. Brasília: TCU; Secretária de Controle Externo da Saúde, 2015.

CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: A Reforma Sanitária como Reforma do Estado. *In*: Fleury, S. (org.). **Saúde e Democracia**. São Paulo: Lemos, 1997.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In*: Fleury S, Lobato LVC. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p.102-28.

DOWBOR, LADISLAU. Políticas urbanas e participação: o resgate da democracia pela base. *In*: Ranato Balbim (org.) **Geopolítica das cidades**: velhos desafios, novos problemas. Brasília: IPEA, 2016.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. *In*: FLEURY, S., LOBATO, L. V. C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 229-247.

SCOREL, S; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 39-48, dez. 2016.

LIMBERGER, Têmis. Revisitando o dogma da discricionariedade administrativa: a tensão instaurada entre os poderes para efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil. *In*: TEIXEIRA, Anderson Vichinkeski; FILHO, Gilberto Guimarães; SIMÕES, Sandro Alex de Souza (org.). **Supremacia constitucional e políticas públicas**: discutindo a discricionariedade administrativa na efetivação de direitos fundamentais. Porto Alegre: Editora Fi, 2016.

MENEZES, I. **Intervenção comunitária**: uma perspectiva psicológica. Porto: Livpsic; Legis Editora, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, A. M. C; IANNI, A. M. Z; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência e saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia da Pesquisa**: Abordagem teórico-prática. 10. ed. Campinas: Papyrus, 2004.

PUTNAM, R.D. **Comunidade e democracia**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

ROLIM, L. B; CRUZ, R, S. L. C; SAMPAIO, K. J. A. K. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROTOLO, L. M; FERNANDES, G. F; MARTELLI, P. O controle social em nível local no SUS e as possibilidades de transformação da cultura política no Brasil. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n.1, p. 31-42, 2016.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. *In*: RUA, Maria das Graças; VALADAO, Maria Izabel. **O Estudo da Política**: Temas Seleccionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social - Trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2005.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, 2018.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.1.180-1.192, 2015.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002. Disponível em: <http://www.feis.unesp.br/Home/departamentos/fitotecniatecnologiadealimentosesocioeconomi>

a716/antoniolazarosantana/texto-2.-o-papel-das-politicas-publicas-no-desenvolvimento-local.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

ZEIFERT, Anna Paula Bagetti; STURZA, Janaína Machado. As políticas públicas e a promoção da dignidade: uma abordagem norteada pelas capacidades (capabilities approach) propostas por Martha Nussbaum. **Revista brasileira de políticas públicas**, Brasília, v. 9, n. 1, 2019.