

**Brazilian Journal of Forensic Sciences,
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: www.ipebj.com.br/forensicjournal



Conselhos Municipais de Saúde e o Controle Social dos Usuários

Municipal Health Councils and Users' Social Control

Consejos Municipales de Salud y el Control Social de los Usuarios

Carla Aparecida Arena Ventura^{1,a}, Felipe Giolo Telini², Emanuele Seicenti de Brito³

¹ *Professora Associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem*

² *Bacharelado em Administração de Empresas. Centro Universitário de Franca*

³ *Doutoranda e Mestre em Ciências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem*

^a *E-mail: caaventu@gmail.com*

Received 25 May 2014

Resumo. O Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se nos pressupostos de descentralização, participação e controle social. Este estudo apresenta como objetivos discutir o embasamento legal e político que levou à criação dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias de controle social da saúde no país e identificar as implicações do controle social da saúde para o desenvolvimento local. Os Conselhos são órgãos colegiados que visam permitir a participação popular nas decisões municipais de saúde, representando relevante instrumento de controle social. Dessa forma, o usuário, ao se tornar Conselheiro da Saúde, exerce a sua cidadania, podendo dar voz à visão da sociedade nas instâncias de decisão municipal, contribuindo para o desenvolvimento social de sua localidade. A atuação dos Conselhos é fundamental para consolidar este processo de participação social que ainda depende de mudanças culturais e nas relações de poder no âmbito da sociedade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Desenvolvimento Local.

Abstract. The Single Health System (SUS) is based on the principles of decentralization, social participation and control. This study aims at discussing the legal and political basis which influenced the creation of the Municipal Health Councils as means of social control of

the health policies in the country and identifying the implications of health social control to local development. The Councils are collective bodies which enable the population's participation in the municipal health decision making process, representing a relevant instrument of social control. Therefore, the user, when becoming a Health Counselor, exercises his citizenship and is able to give voice to the society in the health decision making process at the municipalities, contributing to the social development of the city. The Council's performance is fundamental to consolidate the process of social participation which still depends on cultural transformations as well as on changes regarding the power relations within the society.

Keywords: Single Health System; Health Public Policies; Municipal Health Council; Social Development; Human Development.

Resumen. El Sistema Único de Salud (SUS) se embasa en las presuposiciones de descentralización, participación y control social. Este estudio presenta como objetivos discutir las bases legales y políticas que llevaron a la creación de los Consejos Municipales de Salud como medios de control social de la salud en el país e identificar las implicaciones del control social de la salud para el desarrollo local. Los Consejos son órganos colegiados que visan permitir la participación popular en las decisiones municipales de salud, representando relevante instrumento de control social. De esa forma, el usuario, al se tornar Consejero de Salud, ejerce su ciudadanía, podendo dar voz a visión de la sociedad en las instancias de decisión municipal, contribuyendo para el desarrollo social y de su localidade. La actuación de los Consejos es fundamental para consolidar este processo de participación social que aunque depende de cambios culturales y en las relaciones de poder en la sociedad.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Políticas Públicas de Salud; Consejo Municipal de Salud; Desarrollo local.

1. Introdução

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou a universalização do direito à saúde no Brasil preconizada pela Constituição de 1988¹. Apesar da conquista de um respaldo jurídico sólido para legitimação do SUS, tendo em vista o detalhamento da prática do sistema, foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas (NOB), com as transformações expostas na Constituição e nas Leis Orgânicas. Posteriormente, com a intenção de superar os desacordos provenientes das NOB, editou-se o Pacto pela Saúde, que tem como seu objetivo principal promover inovações nos processos e instrumentos de gestão nas três esferas do governo.

Nesse cenário, a instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa foi resultado da mobilização de profissionais da saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Os Conselhos possuem importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica, pois envolve expectativas, demandas e comportamentos dos atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nessa perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas atuem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem.

Este estudo apresenta como objetivos discutir o embasamento legal e político que levou à criação dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias de controle social da saúde no país e identificar possíveis implicações do controle social da saúde para o desenvolvimento social e humano. Considerando a saúde como determinante do desenvolvimento, a participação das pessoas na construção das políticas locais de saúde pode constituir-se em um mecanismo fundamental de consolidação do direito à saúde e de efetivo exercício da cidadania por parte da população.

Dessa forma, este artigo apresenta três eixos temáticos integrados aos seus objetivos: o Sistema Único de Saúde e sua regulamentação pela Administração Pública; a evolução e a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil; e Conexões entre o Controle Social da Saúde e as possibilidades de Desenvolvimento Local.

2. O Sistema Único de Saúde e sua regulamentação no âmbito da Administração Pública

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu como uma “resposta” ao descontentamento e insatisfação existentes em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde no país. Entre os anos de 1970 e 1980, diferentes grupos da sociedade levaram adiante um movimento, denominado “movimento sanitário”, cujo objetivo era criar um sistema

público que solucionasse os inúmeros problemas que a população encontrava no atendimento à saúde. O movimento era orientado pela ideia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a população, deve fazer o que for preciso para que isso aconteça.

Na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em plena transição democrática, foi aprovada a proposta que ocasionaria uma reviravolta na forma de como a questão de saúde vinha sendo tratada no país. Essa proposta previa a criação do SUS e a municipalização da saúde, ideias consolidadas posteriormente na Constituição de 1988¹ e regulamentadas por meio da Lei nº 8.080 de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”² e a Lei nº 8.142 de 1990³ que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências”⁴.

Em relação às Constituições anteriores, a Constituição de 1988 não somente inova no setor da saúde, mas também disponibiliza, no Título III, um capítulo específico sobre a administração pública, detalhando-a enquanto estrutura governamental e enquanto função. No art. 37, a Constituição determina que a administração pública, seja ela direta (administração federal) ou indireta (entidades, com personalidade jurídica própria: autarquias, empresas públicas, fundações públicas), de qualquer esfera do governo, deve obedecer além dos diversos preceitos expressos, os princípios⁵: da legalidade, que estabelece que o Estado deve se submeter ao império da lei, o princípio da impessoalidade, que impõe ao administrador público que seus atos devem ter como finalidade o interesse público, o princípio da moralidade, por meio do qual o administrador não deve somente cumprir a lei, mas também respeitar os princípios éticos de razoabilidade e justiça, o princípio da publicidade que se dá pela divulgação de atos públicos por meio do Diário Oficial ou por edital afixado em lugar próprio e o princípio da eficiência, que estabelece que os agentes públicos devem agir com rapidez, presteza, perfeição e rendimento.

Com base no art. 196 da Constituição Federal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para que fosse

viabilizada, adotou-se para o SUS um modelo consubstanciado em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade⁴.

Apesar da conquista de um respaldo jurídico sólido para a legitimação do SUS, principalmente por meio de leis orgânicas, levantou-se a necessidade do detalhamento da prática do sistema, com algo que claramente dispusesse sobre as ações rotineiras de saúde⁶.

Para que isso ocorresse, primeiramente, foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas (NOB), com as transformações expressas na Constituição e nas Leis Orgânicas. Cada NOB, a seu modo, colaborou para o avanço na saúde. Incidiram sobre o sistema de saúde brasileiro quatro NOB: a NOB INAMPS/91⁷, NOB 01/92⁸, SUS/93⁹ e SUS/96¹⁰.

Pode-se dizer que a Norma Operacional Básica é a portaria do governo federal que define os objetivos e as diretrizes traçadas para o processo de descentralização e das relações entre as esferas do governo. A NOB possui um caráter passageiro, podendo ser reeditada ou alterada em qualquer momento. Com a publicação de cada NOB, novas formas de relações entre os gestores foram incorporadas ao sistema, e juntamente com elas, novos formatos de alocação de recursos. Desse modo, a descentralização e o financiamento da política de saúde foram acontecendo de forma gradual. Logo, a cada passo dado, novas formas diferentes surgiram na participação dos estados e municípios⁶.

A primeira NOB foi editada sob a chancela do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS. Corroborou, portanto, os interesses do instituto, ao continuar com o modelo já existente de repasses financeiros estaduais e municipais¹¹.

A NOB 01/92 foi elaborada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS), instância à qual o SUS era subordinado. A norma inovou por ser um “produto” de consenso entre SNAS/MS, INAMPS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), representando interesses e expectativas diversos e não raramente opostos entre si. A NOB 01/92 inovou, também, ao apresentar em seu texto elementos vitais da Constituição de 1988, das Leis Orgânicas e recuperou, principalmente na sua Introdução, elementos constitutivos da descentralização, como por exemplo: autonomia e democracia, e sua concorrência com a centralização, além de princípios norteadores como: a

flexibilidade, progressividade, transparência e controle social. Contudo, ao se tratar do financiamento, essa nova NOB praticamente manteve o que a NOB anterior estabelecia¹¹.

Mesmo tendo a mesma orientação que a NOB anterior no que diz respeito ao financiamento e regulamentação dos repasses financeiros, a NOB 01/92⁸, com relação à descentralização, pode ser considerada um instrumento normativo de transição, pois avançou no que diz respeito a elementos e princípios da descentralização¹¹.

Apesar das limitações dessas duas NOB, observou-se que desde 1991 ocorreu um gradual crescimento no número de municípios que se dispuseram a cumprir os critérios estabelecidos na Lei Nº 8142, passando a possuir o controle sobre os seus sistemas de saúde locais. No ano de 1993, mais de 1/5 dos municípios colocaram a descentralização em prática. Dentre esses municípios, estava a maioria das capitais e das grandes cidades, o que em termos populacionais tinha uma expressão muito maior. Publicada após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde com o tema “Municipalização é o caminho”, pelo Ministro da Saúde, a NOB 01/93⁹ é evidência e resultado de outro contexto político, no qual integrantes do movimento sanitário favoráveis à descentralização formam um grupo no Ministério da Saúde, além das pressões de prefeitos e secretários municipais para possuírem condições de assumir a saúde localmente, com recursos financeiros suficientes⁶. Dessa forma, a NOB 01/93 foi a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização por meio da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartites e dos Conselhos Municipais, bem como as condições de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semi-plena) e estados (parcial e semi-plena).

Nesse processo, a adesão dos municípios ao processo de descentralização ocorreu de forma bastante intensa, resultando no enfraquecimento dos estados, vistos agora em segundo plano na gestão dos serviços de saúde pública brasileira. No início de 1996, o número de municípios em gestão semi-plena elevou-se para 92, representando 13,0% da população brasileira¹².

Com o processo de descentralização em crescimento, de maneira especial no nível de atenção básica, editou-se a NOB 01/96¹⁰, que buscou o equilíbrio entre os atores sociais envolvidos na gestão do SUS, redefinindo as responsabilidades da União e estados, induzindo à estratégia de descentralização. Nesse contexto, o

poder público assumiu provisoriamente a gestão municipal, até que o município conseguisse obter autonomia para apropriar-se de um sistema adequado⁶.

Posteriormente, em 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), inicialmente como uma medida de caráter mais político do que organizacional. A NOAS utilizou o reconhecimento da regionalização da atenção à saúde como uma estratégia para que os princípios da universalidade, equidade e integralidade pudessem ser consolidados, caminhando assim rumo à descentralização. Desse modo, os gestores municipais poderiam oferecer, além de serviços intrínsecos à atenção básica, serviços de maior complexidade, para que assim pudessem organizar a demanda regional⁶.

A escassez de artifícios para que as novidades trazidas pela NOAS SUS 01/01³ fossem incluídas e a necessidade de certificar a manutenção das diretrizes organizativas determinadas anteriormente resultaram na edição da NOAS SUS 01/02¹⁴, que buscou oferecer alternativas praticáveis à superação dos obstáculos oriundos da dinâmica concreta de sua implantação⁶.

A NOAS 01/02¹⁴ tornou claras as responsabilidades do gestor e os requisitos que deveriam ser cumpridos nas modalidades de gestão, em suas condições de gestor. Para que estados e municípios se tornassem aptos a essa norma, deveriam organizar suas estruturas de controle, regulação e avaliação tendo como objetivo garantir as ações integrais e resolutivas, capazes de impactar sobre os problemas de saúde da população.⁶

Para que fossem qualificados na NOAS 01/02¹⁴, os estados deveriam elaborar um plano chamado Plano Diretor de Regionalização (PDR), que incorporasse o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Outrossim, apesar dos esforços feitos pelas três esferas de gestão na implementação da NOAS 01/02¹⁴, observou-se uma falta de “entrosamento” entre os estados, já que nem todos estavam no mesmo momento de evolução, ocasionando desse modo a necessidade de uma nova estratégia de operacionalização no Brasil⁶.

Com o intuito de superar o desacordo entre os estados, foi publicada a Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006¹⁵ que tornou público o Pacto pela Saúde (PS). O PS nasceu após várias tentativas de superação dos obstáculos regionais e operacionais do setor de saúde. O PS visou promover inovações nos processos e instrumentos de gestão da saúde nas três esferas do governo (União, estados e municípios). As três esferas poderiam aderir ao Pacto por meio da adesão ao Termo

de Compromisso de Gestão (TCG), renovado anualmente, substituindo os processos anteriores de habilitação e estabelecendo metas e compromissos para cada ente da federação⁶.

As transferências de recursos também sofreram modificações e foram divididas em seis blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que, em 2006, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão foi um meio importante utilizado pelo setor público para aperfeiçoar e definir as responsabilidades sanitárias e de gestão.

O Pacto pela Vida representou no SUS o movimento de gestão pública por resultados, fixando metas nacionais, estaduais e municipais que causem impacto na situação de saúde da população brasileira. Dentre os objetivos e metas prioritárias, o Pacto apresentou os seguintes: atenção à saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica, saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e a saúde do homem^{6,15}.

O Pacto em Defesa do SUS expressou os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articulou ações que visavam qualificar e assegurar o SUS como política pública. Expressou o movimento de repolitização da saúde, com uma estratégia de mobilização social e buscou um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes Federados além de incluir regulamentação da emenda constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional¹⁵.

O Pacto de Gestão do SUS valorizou a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: Descentralização, Regionalização, Financiamento do SUS, Planejamento no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde, Educação na Saúde¹⁵.

Nesse contexto, após a regulamentação da Constituição de 1988¹ que descentralizou a gestão das políticas públicas de saúde no país, a Lei nº 8142 estabeleceu os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS, em todos os níveis, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, principalmente no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros.

Dessa forma, cada cidade deve possuir o seu Conselho Municipal de Saúde e seguir as normas estabelecidas para que as suas funções sejam desempenhadas efetivamente. Entretanto, cada município lida com o seu Conselho de maneira própria, o que resulta, muitas vezes, em dificuldades para que todo o processo consiga se estabelecer com êxito.

3. Evolução e atuação dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão. A regulamentação das normas constitucionais propiciou inovações institucionais: conferências municipais, estaduais e nacionais temáticas e conselhos gestores de políticas públicas de caráter permanente correspondente. Os novos arranjos institucionais ampliaram a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas¹⁶.

A regulamentação do preceito constitucional de participação comunitária no Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990³ levou à criação de um sistema de Conselhos de Saúde em cada esfera do governo, compostos por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%). Essa mesma lei define de forma genérica a competência dos Conselhos de Saúde que:

Em caráter permanente e deliberativo, representam um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle de 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 (Art. 1º, § 2º)³.

A competência dos Conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde,¹⁷ que procuram principalmente estimular o seu efetivo

funcionamento e garantir a representação dos usuários. A Resolução nº 33 recomenda que o Presidente do Conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos¹⁶.

A Resolução nº 333 avança na mesma direção, pois busca fortalecer a representatividade dos Conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos Conselhos, inclusive por meio de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas. Atualmente, todos os Estados e todos os municípios possuem Conselhos de Saúde, e estima-se que estes mobilizem quase cem mil conselheiros de saúde, dos quais parte significativa se reúne pelo menos uma vez por mês¹⁶.

A instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde. Os Conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica na reformulação das relações entre esses atores. Nessa perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem^{16,18}.

Pode se tornar Conselheiro todo profissional da saúde que estiver de acordo com a Lei 8.142, de 28/12/1990 e também todos os demais trabalhadores da saúde que estiverem de acordo com a Resolução do CNS Nº 333, de 04/11/2003¹⁷.

É aconselhável que todo Conselheiro tenha um mandato de dois anos e possa ser reeleito mais uma vez, obtendo assim um mandato máximo de quatro anos. Caso tenha sido reeleito, o Conselheiro tem que esperar mais dois anos para que possa se candidatar novamente ao cargo, estando ele sujeito a ser substituído antes do final de seu mandato e também perder o cargo por decisão do Conselho¹⁷.

Ao assumir o papel de Conselheiro, o cidadão tem a obrigação e a responsabilidade de lutar pela promoção da saúde, tanto individual quanto coletiva¹⁷.

É função do Departamento de Saúde ou das Secretarias de Saúde prover toda a estrutura necessária para o funcionamento do Conselho, com, por exemplo: espaço físico, recursos humanos, finanças. Apesar de ser um órgão independente na sua atuação, está inserido no Poder Executivo nos três níveis do governo. Deve ter um Colegiado Pleno formado por todos os Conselheiros e com uma Secretaria Executiva, cuja função é acompanhar as deliberações do Conselho, dar apoio administrativo e suporte técnico em função exclusiva do Conselho¹⁷.

Todo Conselho tem o seu Regimento Interno que é elaborado por ele mesmo, não podendo exceder os limites da lei. Deve contemplar o pleno funcionamento como, por exemplo: abertura dos trabalhos, faltas dos conselheiros, votação, prazos, criação de comissões, dentre outros. O Regimento pode ser alterado total ou parcialmente por meio de uma proposta feita por qualquer membro do Conselho e para ser validada deve ser aprovada por dois terços do Conselho¹⁷.

A gestão do SUS envolve a coordenação, articulação, planejamento, negociação, controle, avaliação e auditoria. As gestões dos Conselhos devem estar de acordo com os princípios do SUS.

Os problemas que surgirem nos Conselhos, independentemente do nível ou instância em que se encontrem, devem ser resolvidos em um primeiro momento pelo próprio Conselho. Se o Colegiado não conseguir resolvê-lo, deve ser encaminhado para o Conselho imediatamente acima e assim por diante¹⁷.

Os Conselhos devem receber com a devida antecedência dos gestores das três esferas do governo, documentos que comprovem as receitas e as despesas (convênios, contratos, notas, folhas de pagamento), além dos relatórios das ações executadas na atenção a saúde. Os documentos serão analisados pela Comissão de Prestação de Contas que deverá apresentar parecer para a análise e votação do Conselho¹⁷.

De três em três meses, o gestor deve apresentar a prestação de contas em audiências públicas, espaço em que deverá apresentar um relatório detalhado, contendo tudo o que foi realizado nesse período de tempo. A prestação de contas em audiência pública não substitui a apresentação para análise e aprovação do Conselho de Saúde¹⁷.

O Ministério Público tem o dever de orientar o Conselho nos procedimentos e na interpretação da legislação. Caso ocorra alguma irregularidade na Prestação de

Contas de uma Secretaria ou Diretoria de Saúde, o Conselho deve procurar o gestor e se ele não resolver o problema, o Conselho deve recorrer ao Ministério da Saúde¹⁷.

4. Conexões entre o Controle Social da Saúde e as possibilidades de Desenvolvimento Local

O papel dos Conselhos Municipais de Saúde está diretamente ligado a ideia de controle social. Nesse sentido, a formação dos Conselhos com 50% de representantes dos usuários, permite ao cidadão participar na elaboração e no controle da implementação das políticas de saúde em seu município. Dessa forma, busca-se concretizar o “empoderamento” que a Constituição e as Leis Orgânicas outorgam aos cidadãos, considerando a saúde como um direito de todos, consubstanciado nos princípios do SUS de equidade e garantia da cidadania.

A participação e o controle social representam, portanto, ações desenvolvidas pela sociedade civil organizada com o objetivo de fiscalizar, monitorar e avaliar as condições em que a política de saúde está sendo desenvolvida, implicando, também, em possibilidades de participação na formação da agenda governamental e na definição das prioridades de saúde dos municípios.

Observa-se, então, que o cidadão, ao se tornar Conselheiro da Saúde, pode dar voz à visão da sociedade nas instâncias de decisão municipal. Nessa perspectiva, se as funções dos Conselheiros forem desempenhadas de maneira efetiva, os representantes dos usuários poderão participar do processo de tomada de decisão sobre a saúde em seu município, contribuindo para o desenvolvimento de sua localidade. Sendo assim, “a legitimidade das decisões políticas deve ter origem em processos de discussão, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum”¹⁹.

Desse modo, os Conselhos Municipais de Saúde devem buscar priorizar uma relação de corresponsabilização de todos os membros, com o intuito de possibilitar alternativas para o avanço da saúde. Pode-se afirmar, portanto, que esta instância de controle social tem o potencial para exercer um papel relevante para a sociedade, bem como para o desenvolvimento do município.

Compreende-se aqui desenvolvimento como um processo complexo e dinâmico que não se confunde com crescimento econômico, pois deve se refletir nas várias esferas de vida dos cidadãos, no exercício de sua cidadania e na garantia de seus direitos civis, políticos e sociais. Nesse cenário, as pessoas, como sujeitos

destes direitos, podem e devem participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, a ele contribuir e dele desfrutar.

O desenvolvimento, na sua forma integral, não se limita ao processo de expansão quantitativa da economia, mas inclui o movimento de mudança qualitativa da sociedade e manutenção do equilíbrio entre as forças produtivas. De acordo com Furtado²⁰, “o conceito de desenvolvimento compreende a idéia de crescimento, superando-a”. O desenvolvimento, para Furtado, refere-se ao crescimento acompanhado de mudanças estruturais, ou seja, alterações nas relações internas do sistema econômico. Portanto, crescimento pode ser conceituado como uma simples variação quantitativa do produto, enquanto o desenvolvimento é caracterizado por mudanças qualitativas no modo de vida das pessoas, nas instituições e nas estruturas produtivas.

O desenvolvimento de uma localidade deve resultar, então, do crescimento econômico acompanhado de melhoria na qualidade de vida. Deve incluir alterações na composição do produto e alocação de recursos pelos diferentes setores da economia, visando melhorar os indicadores de bem-estar econômico e social como a saúde, a pobreza, o desemprego, a alimentação, a educação, a moradia, dentre outros.

Ressalta-se que no Brasil, a Constituição de 1988¹, fruto de mobilização popular para romper as bases do regime ditatorial anterior, absorveu os princípios da Declaração da ONU sobre o Direito ao Desenvolvimento de 1986²¹ e proporcionou evolução na definição de políticas públicas, delineando no seu regime constitucional os direitos civis, políticos, econômicos, culturais e sociais dos brasileiros. Dentre os direitos sociais, salienta-se neste estudo o direito à saúde, garantido pela Constituição de 1988 como sendo um dever do Estado. Ainda no contexto do exercício do direito à saúde, para sua viabilização, adotou-se no país o modelo do SUS, consubstanciado em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Com relação à descentralização, no SUS existem três níveis ou esferas, a nacional, a estadual e a municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Nesse sentido, o papel dos municípios tem se tornado cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que as transferências passaram a ser embasadas em sua população e no tipo de serviço oferecido e não no número de atendimentos.

Quanto ao atendimento integral, a atenção à saúde inclui desde medidas

preventivas quanto medidas curativas das doenças, sendo elas individuais ou coletivas. Portanto, as necessidades de saúde das pessoas ou de grupos devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais a da maioria.

A participação da comunidade, também chamada de controle social, envolve a participação na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde que ocorrem de quatro em quatro anos e, principalmente, por meio dos Conselhos de Saúde, em que ocorre a paridade, tendo os usuários direito a metade das vagas do Conselho, o governo tem um quarto e os trabalhadores mais um quarto. Anhucci e Sugihiro²² alertam que “na discussão sobre a democracia, a participação se torna um tema central, enfatizando sua dimensão decisória. É difícil acreditar que um processo democrático possa se concretizar sem que a população tenha espaço e capacidade de decisão”.

O modelo do SUS, segundo se estatuiu nos diplomas legais, considera que a saúde não pode ser vista isoladamente, mas associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer, em consonância com a idéia de desenvolvimento social e humano. A responsabilidade pela saúde ocorre por conta dos municípios, com recursos técnicos e financeiros disponibilizados pela União e pelos estados^{4,23}.

O controle social deve envolver, então, o contato direto dos Conselheiros com os cidadãos da sua localidade, a fiscalização das políticas e a votação consciente frente às prioridades de saúde do município. Em suma, a participação social é direito dos cidadãos para que tenham a possibilidade de equilibrar as ações e as estruturas sociais do poder.

Nesse sentido, a participação supõe uma relação de poder, não só através do Estado, mas também entre atores, exigindo procedimentos e comportamentos racionais. Compreendê-la como processo significa entender que os diversos atores, como Estados, outras instituições políticas e a sociedade interagem continuamente. Configuram-se, então, relações complexas e contraditórias que requerem determinadas condições estruturais e uma cultura política que possa favorecer ou dificultar a participação das pessoas²².

Sendo assim, para que os direitos sejam realmente vivenciados e exercidos pela sociedade, é necessária no país maior conscientização política e social, seguida de sucessivas ações que visem à concretização dos direitos estabelecidos por lei, dentre eles o direito à saúde de todo brasileiro²⁴. A formação dos Conselhos Municipais de Saúde, como foros de discussão e controle das políticas de saúde,

pode ser considerada uma destas ações na busca de garantia do exercício da cidadania pelos usuários dos serviços de saúde. Contudo, apenas a formação dos Conselhos com a representação dos usuários, como ação isolada, não garante o controle social, uma vez que existem condições estruturais e culturais que podem influenciar negativamente este processo.

Em suma, muitas vezes os espaços de participação, no âmbito dos Conselhos Municipais, ainda não asseguram a efetivação dos interesses representados, pois o respeito ao Conselho como instância deliberativa depende da associação entre diferentes variáveis, especialmente a vontade política dos governantes e a mobilização da sociedade civil. Considerando-se a expressão do interesse dos representados, estudos mostram que há ainda limitações na qualidade da participação dos conselheiros quanto ao critério de autor responsabilização dos seus representados²⁵. Em muitos casos, os Conselhos ainda trabalham com uma visão fragmentada da saúde, deliberando sobre questões limitadas e secundárias e não tratando de assuntos estruturantes do setor²⁶.

Nesse aspecto, alguns trabalhos demonstraram a importância de aprofundar os critérios para os processos de escolha e indicação dos representantes dos usuários e dos fornecedores do serviço de saúde. A capacitação e atualização que preparam os conselheiros para assumir seu papel é uma das ferramentas que pode atingir as carências identificadas: desconhecimento das normas do conselho; desconhecimento de sua condição de delegado e da importância da participação de base para o fortalecimento de sua participação, bem como a inércia quanto à consulta e prestação de contas sobre sua atuação²⁵.

A comunicação entre os Conselhos e a comunidade é outro fator que tem sido apontado como sendo fundamental para incrementar o grau de representatividade desse fórum de participação social.²⁷ Desse modo, a comunicação é vital para o exercício do controle social, tanto em relação à capacidade de interlocução dos conselheiros com a sociedade, quanto em sua capacidade de localizar e selecionar informações importantes, interpretá-las e utilizá-las para elaborar propostas e produzir argumentações nos processos dialógicos da participação²⁸.

No Brasil, ainda está sendo construída uma prática de participação cidadã, sendo muito comum, todavia, a não prestação de contas do representante para com seus representados. Por outro lado, os representados exercem pouco ou quase nada seu direito de cobrança em relação às ações dos representantes²⁷.

Em outra perspectiva, a chave do sucesso de ações públicas eficientes dependeria da existência de uma burocracia pública autônoma, coesa, coerente, disciplinada e tecnicamente preparada. A falta de participação da sociedade deve-se à vigência de instituições autoritárias e à ausência de horizontalidade social. Em sociedades cujas instituições públicas caracterizam-se pelo autoritarismo, coerção e clientelismo, a mobilização do poder local torna-se difícil e as experiências bem-sucedidas não se generalizam. Dessa forma, o Estado, como fator ativo de mobilização social e incentivador de redes cívicas, acaba por determinar o sucesso das iniciativas de participação²⁶.

Portanto, é necessário ainda mais democratizar o espaço dos Conselhos para evitar que estes reforcem e legitimem o poder instituído, fortalecendo estruturas privadas (inclusive nos espaços públicos) e a tradição clientelista²⁸. Este é um processo em construção no país e que requer a implementação, associada às políticas vigentes, de estratégias de alianças e de mobilização da sociedade e das representações instituídas, buscando-se a construção de articulações coletivas baseadas na corresponsabilização, no efetivo exercício do direito à saúde e na participação das pessoas no processo de desenvolvimento local.

5. Conclusões

O SUS encontra-se em fase de consolidação na busca de alcançar os princípios propostos pela Constituição da República de 1988, bem como pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

Apesar da elaboração de Normas Operacionais Básicas que dispõem sobre as ações rotineiras do sistema, observam-se ainda vários entraves à sua completa efetivação. Nessa perspectiva, notam-se mudanças relevantes na organização da saúde no país, com a transformação do direito à saúde em um direito de cada cidadão brasileiro, interdependente de outros direitos humanos, indivisível e inalienável. Nesse contexto, com a descentralização, o cidadão passa a ser parte fundamental do todo, com a possibilidade de compreender melhor e, ainda, participar do processo de tomada de decisões na área de saúde em seus municípios, especialmente por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.

Ao se tornar um Conselheiro, o cidadão tem a obrigação e a responsabilidade de lutar pela promoção da saúde, tanto individual quanto coletiva em seu município. Estes processos de participação social e exercício da cidadania

estão relacionados à possibilidade de desenvolvimento local e ao empoderamento dos cidadãos, incrementando o seu desenvolvimento humano.

Como abordado neste estudo, o controle social é função fundamental dos Conselhos Municipais que estão em processo de construção de sua legitimidade, bem como de estímulo ao interesse dos cidadãos para que haja realmente uma participação ativa da sociedade. Contudo, esta participação requer uma mudança de cultura dos cidadãos, que ainda não se consideram como detentores deste poder. Dessa forma, a consolidação do trabalho dos Conselhos Municipais de Saúde é imprescindível para que incrementalmente se modifique esta realidade e haja uma efetiva participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização das políticas de saúde dos municípios.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. 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. Diário Oficial da União, seção 1.
3. 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. Diário Oficial da União, seção 1.
4. Yunes J. O SUS na lógica da descentralização. Estudos Avançados. 1999; 13(35):65-70. 
5. Moraes, A. Direito constitucional. São Paulo (SP): Atlas; 2006.
6. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: O pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública. 2009; 43(2): 445-456. 
7. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 273/91. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/91. Diário Oficial da União, pp. 14216-14219.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1992). Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 545. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. Diário Oficial da União, 24 de maio de 1993.

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, 6 novembro de 1996.
11. Scatena JHG, Tanaka OY. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade. 2001; 10(2):47-74. 
12. Barros MED. Política de saúde no Brasil: A universalização tardia como possibilidade de construção do novo. Ciência e Saúde Coletiva. 1996; 7(1):5-17.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 2001.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, 28 de fevereiro de 2002.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 de fevereiro de 2006.
16. Van Stralen CJ, Lima, AMD, Fonseca Sobrinho D, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisário SA. Conselhos de Saúde: Efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciência e Saúde Coletiva. 2006; 11(3):621-632. 
17. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Cartilha para orientação aos conselheiros de saúde. São Paulo: Conselho Estadual de Saúde; 2008.
18. Cortes SMV. Construindo a possibilidade de participação de usuários: Conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias. 2002;4(7):18-49. 
19. Tenório FG. Revisitando o conceito de gestão social. Revista Desenvolvimento em Questão. 2005; 3(5):101-124.
20. Furtado C. Teoria e política do desenvolvimento econômico. São Paulo (SP): Abril Cultural; 1983.
21. Organização das Nações Unidas. Declaração sobre o direito ao desenvolvimento. Nova Iorque: ONU; 1986.
22. Anhucci V, Suguihiro VLT. A construção do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente na perspectiva da participação e do controle social. Textos & Contextos. 2010; 9(1):47-54.
23. Rocha J. Direito da saúde. São Paulo (SP): LTr; 1999.
24. Sorrentino M. Ambientalismo e participação na contemporaneidade. São Paulo (SP): Educ (PUC-SP); 2001.
25. Bezerra CKF, Araújo MAD. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo – PB: Um estudo sobre participação. Revista de Administração em Saúde. 2009; 11(42):30-42.
26. Rocha CV. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. Revista Sociologia e Política. 2011;19(3):171-185. 

27. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):419-438. 
28. Kleba ME, Matielo A, Comerlato D, Renk E, Colliselli L. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):793-802. 