

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Denise Mattos Ferrari

**O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO  
CENTRO DE SAÚDE SERRA VERDE:  
INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Belo Horizonte – MG

2009

Denise Mattos Ferrari

**O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO  
CENTRO DE SAÚDE SERRA VERDE:  
INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada  
como requisito parcial para a obtenção do título  
de especialista em Saúde Coletiva junto ao curso  
de pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG,  
em parceria com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Orientadora: Professora Andrea Maria Duarte Vargas

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

2009

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por seu amor sem igual e pelo presente que é a vida.

Aos meus queridos **pais**, Oseas e Léa, por serem exemplos de força, luta e determinação e pelos grandes ensinamentos.

À Prof<sup>a</sup>. **Andrea Vargas** por sua dedicação e estímulo.

À minha estimada gerente **Daniela Alvim** pela prontidão em ajudar e pelo apoio.

“Participação é um dos cinco princípios da democracia.

Sem ela, não é possível transformar  
em realidade, em parte da história humana,  
nenhum dos outros princípios: igualdade, liberdade,  
diversidade e solidariedade”.

Herbert de Souza

## **RESUMO**

O presente trabalho discute o Conselho Local de Saúde como forma de participação social e de exercício democrático no Estado Democrático de Direito. Apresenta como objetivo refletir criticamente sobre o controle social como uma conquista jurídico-institucional, apontando estratégias para a democratização da participação social no sistema local de saúde. Avaliou-se o nível de conhecimento da população adstrita do Centro de Saúde Serra Verde sobre o controle social, bem como o grau de importância atribuída ao mesmo por meio de um questionário aplicado aos usuários do Centro de Saúde. Observou-se que a população, de forma quase que generalizada, desconhece a existência e objetivo do Conselho Local de Saúde. Assim, foi proposta uma conscientização da comunidade local sobre a importância do controle social como forma de empoderamento e instrumento sócio-político.

**PALAVRAS-CHAVE:** Conselho de Saúde; Participação Social; Controle Social

## **ABSTRACT**

This study discusses the Local Health Council as an instrument of social participation and a democratic practice in the State of Law and Democracy. The purpose of this study is to critically analyze the social control as a juridical and institutional conquer, pointing out strategies for the promotion of democracy through social participation in the local health system. The amount of knowledge of the population of the Health Center at Serra Verde about social control was evaluated, as well as the importance given to social control by the population. A questionnaire was applied to the users of the Health Center for this evaluation. The data revealed that overall the population does not know about the purpose and existence of the Local Health Council. Therefore, an increase in the public consciousness of the local community about the importance of social control is necessary as a form of empowerment and as a social-political instrument.

**KEYWORDS:** Health Councils; Social Participation; Social Control.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde

ART. – Artigo

CONASP – Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

Nº – Número

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 Introdução.....	7
2 Revisão Bibliográfica.....	11
2.1 Conceito e Importância do Controle Social.....	11
2.2 Evolução Histórica do Controle Social e dos Conselhos de Saúde.....	13
2.3 Conselhos de Saúde: Instrumento de Exercício da Democracia no Estado Democrático de Direito.....	19
2.3.1 A Democracia.....	19
2.3.2 A Democracia na Constituição da República de 1988.....	22
2.3.3 Participação Social e a Evolução do Estado Democrático de Direito....	24
2.3.4 Participação Social e os Direitos e Garantias Fundamentais no Estado Democrático de Direito.....	28
3 Metodologia.....	32
4 Resultados.....	34
5 Proposta de Intervenção.....	40
6 Considerações Finais.....	43
7 Referências Bibliográficas.....	45
8 Anexo.....	54

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, estabeleceu como preceito fundamental o direito à vida. Para tanto, elevou o direito à saúde ao patamar de direito fundamental à dignidade da pessoa humana, isto é, fixou o direito à saúde como sendo inerente ao ser humano, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos. É o que está insculpido no seu artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Respondendo à mobilização da sociedade civil, a Constituição da República de 1988 inovou na organização do sistema de saúde no Brasil ao promover a descentralização da gestão das políticas públicas de saúde. Consagrou, para tanto, o Sistema Único de Saúde, firmando como princípios norteadores do mesmo a universalidade, a integralidade, a participação e a descentralização (BRASIL, 1988). De ver-se, portanto, que a Constituição da República instituiu a participação popular na gestão pública. Desta forma, a construção do Sistema Único de Saúde imprimiu profundas mudanças no processo de participação da comunidade nos procedimentos de tomada de decisão ao determinar que as ações de saúde deveriam se submeter a organismos do Executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes, isto é, do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços.

Leis posteriores, em especial as Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, complementaram a letra constitucional, moldando o processo de implantação da dita política. A Lei n. 8.080 regulamenta as ações e serviços de saúde no que diz respeito à sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo (BRASIL, 1990). Já a Lei nº 8.142 estabelece o controle social por meio da criação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo e por meio da realização de Conferências de Saúde. Além disso, esta última lei confere aos Conselhos de Saúde a função de atuar na co-gestão do SUS, interferindo na formulação das estratégias das políticas de saúde e na fiscalização da execução das mesmas (BRASIL, 1990). Assim, com base nos princípios democráticos, o poder público deve acolher as demandas da população.

Verifica-se que a proposta de controle social instituída pela Constituição da República de 1988 abriu perspectivas para uma prática democrática ímpar no setor saúde ao assegurar a participação da comunidade sobre as ações e serviços de saúde. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), criando instâncias de controle através de Conferências e Conselhos de Saúde, garante o controle social em todas as esferas de governo. O Conselho de Saúde tem competência para examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, definida prioritariamente através das Conferências, a fim de que sejam alcançados seus objetivos (MORITA *et al.*, 2006).

Como é no âmbito municipal que os problemas são identificados com maior

clareza e rapidez, bem como a solução a ser buscada (ASSIS e VILLA, 2003), o controle social neste âmbito adquire significativa importância por permitir a identificação das necessidades e construção de alternativas viáveis.

A discussão sobre o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil e sua importância para a participação da sociedade civil na gestão pública é elemento primordial à construção da cidadania. Os conselhos de saúde constituem-se em mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde (MARTINS *et al.*, 2008).

No entanto, conforme os mesmos autores, apesar do imenso avanço do engajamento da sociedade civil na formulação e deliberação das políticas públicas, ainda há muito a ser construído a fim de se alcançar a plenitude da democracia moderna.

Assim, para que o controle social seja efetivo, há necessidade de real participação da sociedade civil organizada consubstanciada pela apropriação dos meios e instrumentos de planejamento e pela análise e fiscalização das ações dos serviços e das políticas públicas de saúde.

O presente trabalho tem como objetivo refletir criticamente sobre o controle social como uma conquista jurídico-institucional, apontando estratégias para a democratização da participação social no sistema local de saúde. Além disso, avaliou-se o nível de conhecimento da população adscrita do Centro de Saúde

Serra Verde sobre o controle social, bem como o grau de importância atribuída ao mesmo. Por fim, foi proposta uma conscientização da comunidade local sobre a importância do controle social como forma de empoderamento e instrumento sócio-político.

Estudou-se a importância, evolução histórica, objetivos, atribuições, dinâmica, funcionamento e dificuldades enfrentadas pelos conselhos de saúde, vez que estes representam inovação política institucional na consolidação do SUS.

Tomou-se como base o texto Constitucional de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde, ou seja, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 e a Resolução nº 333, do Conselho Nacional de Saúde. Estes textos representam um inquestionável avanço no plano legal, mas ainda há diversos desafios para sua efetivação, dentre os quais se pode citar a dificuldade de construção de uma consciência sanitária e de viabilização de uma mais efetiva participação no controle social (COTTA *et al.*, 1998; BOSSI e MERCADO *apud* MARTINS *et al.*, 2008).

A discussão do controle social justifica-se ante a importância do tema, vez que a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam às demandas e aos interesses da coletividade, representa oportunidade e instrumento essencial à construção e consolidação da democracia. Nesta perspectiva, o controle social representa a luta pelo fortalecimento das ações em políticas de saúde, promovendo a saúde de todos os cidadãos, e cumprindo, assim, o ditame Constitucional.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Conceito e Importância do Controle Social

A expressão controle social é empregada tanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado, quanto para designar o controle do Estado sobre a sociedade. Ou seja, o termo é empregado indistintamente como capacidade que a sociedade tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da comunidade, ou alternativamente como o controle que o Estado exerce sobre a sociedade (SILVA *et al.*, 2007; GERSCHMAN, 2004).

Na primeira perspectiva, a questão do controle social passou a apresentar importância no Brasil a partir do processo de democratização ocorrida na década de 1980, principalmente, com a consagração dos mecanismos de participação popular nas políticas públicas fixadas pela Constituição da República de 1988 e reforçadas nas normas infraconstitucionais posteriores como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Neste cenário, a participação social e o controle da população sobre o Estado, por intermédio da atuação dos conselhos de saúde, adquiriram extrema relevância (SILVA *et al.*, 2007). Os conselhos de saúde representam uma das formas de constituição de sujeitos democráticos (CREVELIM e PEDUZZI, 2005).

Assim, o controle ou participação social é entendido como um espaço de representação da sociedade, onde se articulam diferentes sujeitos, com suas diversas representações: movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviço e uma população com necessidades e interesses individuais e coletivos. O controle social consiste, portanto, em canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos nos processos decisórios. O controle social constitui-se em um processo contínuo de democratização que resulta em um novo espaço de cidadania (ASSIS e VILLA, 2003).

O controle social foi concebido como forma de fiscalização direta da sociedade civil sobre os processos de gestão da coisa pública e consiste na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (BERGMAN *apud* GERSCHMAN, 2004). Os mecanismos de controle social são, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país, bem como pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribui para a efetividade das ações públicas, na medida em que reforça a democracia participativa (GERSCHMAN, 2004).

Conforme o mesmo autor, a soberania popular como elemento essencial da democracia é confirmada pela possibilidade de participação social direta no exercício do poder político. Além disso, é reforçada a necessidade de se

somarem direitos políticos aos direitos sociais. A cidadania significa conquista e criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicais e populares). A cidadania ativa é exercida na medida em que o cidadão assume o papel de criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Conclui-se que o órgão colegiado em questão apresenta nobre função: definir o que constitui interesse público, representar a vontade coletiva e apontar o que constitui prioridade para a ação governamental (ACIOLE, 2007).

## **2.2 Evolução Histórica do Controle Social e dos Conselhos de Saúde**

A construção do Sistema Único de Saúde imprimiu profundas mudanças no processo de participação da comunidade, conforme pode ser verificado por meio da análise de sua evolução histórica.

A municipalização da saúde é fruto de um longo processo iniciado na década de 50, pautada nas concepções do *sanitarismo desenvolvimentista*, cujas teses foram aprovadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963. A seguir, já na década de 70, surgem, em algumas cidades, experiências de formulações de políticas locais de saúde e de organização de redes municipais, seguindo os princípios da dita conferência (PESSOTO *et al.*, 2001).

A questão da participação na área da saúde entrou em pauta a partir do final da década de 70, quando as crises econômica e política no cenário nacional e

internacional intensificaram os problemas sociais. Neste contexto, a organização da população no âmbito dos bairros, reivindicando melhora na infra-estrutura e maior disponibilidade de bens de consumo coletivos, teve início. Referida organização traduziu-se, ao longo da década, na conjunção da ação da população dos bairros com a ação de outros atores sociais presentes nas universidades, nos serviços e em outros movimentos no setor saúde. O mencionado movimento social expressava a idéia de oposição institucional e de extensão de direitos, reunindo-se em torno do tema: "saúde um direito de todos e dever de Estado" (DALLARI *et al.*, 1996).

Desta forma, o denominado *Movimento da Reforma Sanitária* levou à ampliação da organização popular, produzindo um incremento nas demandas sociais. Desencadeou-se um forte movimento pela universalização do acesso e reconhecimento da saúde como direito universal, cabendo ao Estado garanti-la à população. Dentro deste contexto social e político, ocorre no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representa um marco na história da saúde no Brasil, reunindo pela primeira vez diversificada gama de representantes sociais de todo o país. Nesta conferência foram definidos os princípios básicos do SUS, servindo de subsídio para a aprovação do Capítulo Saúde na Constituição da República de 1988 (MARTINS *et al.*, 2008).

Nesta época, o movimento social e a participação são interpretados como inovadores na cena política. As demandas populares ou sociais por infra-estrutura e por serviços de saúde, inclusive o acesso aos serviços, acabam

politizando os atores sociais, levando-os à conquista de direitos e ao desenvolvimento de ações relacionadas à cidadania. Durante a transição democrática no Brasil, a discussão dos direitos sobrepôs as demandas e movimentos sociais, por um lado, e a construção da democracia, de outro (DALLARI *et al.*, 1996).

Assim, naquele momento, o controle social foi considerado uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais da mencionada reforma. O controle social foi entendido como a participação do usuário no controle e avaliação das políticas e ações de saúde (WENDHAUSEN e CAPONI, 2002).

Assim, a década de 80 é marcada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, expressão máxima do movimento da reforma sanitária brasileira. Após longo processo de desconcentração dos serviços de saúde para os municípios e depois de tentativas de implementação de políticas coordenadas entre as três esferas de governo (Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP -, Ações Integradas de Saúde - AIS -, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS), a Constituição da República de 1988 consagrou a descentralização, determinando a municipalização dos serviços e políticas de saúde (PESSOTO *et al.*, 2001).

Referido processo deu-se em um contexto de pressões da sociedade pela democratização do Estado, em conformidade com os mencionados autores.

Como exemplo destes movimentos sociais, podemos citar as grandes greves de 1978/1979 e 1981/1982. Tais pressões resultaram nas eleições diretas para governadores dos estados da federação, na constituição das centrais sindicais, no movimento a favor das *Diretas-Já*, na instalação do Poder Constituinte de 1986 a 1988, nas eleições dos prefeitos de capitais dos estados, das estâncias hidrominerais e das cidades portuárias, e, por fim, nas eleições diretas para Presidência da República em 1989.

Na década de 90, são elaboradas as Leis 8.080/90 e 8.142/90. Sob a égide das citadas leis, é elaborada a Norma Operacional Básica 01/93 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) que apresenta importantes contribuições à reorganização descentralizada do Sistema Único de Saúde. Ela prevê três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Para se habilitarem a qualquer uma delas, era necessário que os municípios, dentre outras coisas, constituíssem Conselhos Municipais de Saúde.

De ver-se que a implantação dos Conselhos de Saúde na grande maioria dos municípios brasileiros deu-se como resultado da convergência de duas dimensões: o estabelecimento dos conselhos como pilares institucionais do Sistema de Saúde; e a instituição dos conselhos como instrumentos do controle social resultado da luta pela democratização da saúde dentro do processo de Reforma Sanitária (ACIOLE, 2007).

A Resolução 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, define Conselho de

Saúde como sendo um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Unido de Saúde em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Os Conselhos Municipais de Saúde, foros de negociação e deliberação, representam espaços políticos onde são representados, formal e publicamente, os interesses dos representantes da população (CORTEZ *apud* PESSOTO *et al.*, 2001). São instâncias deliberativas, formadas pelos representantes dos usuários, dos servidores públicos e dos gestores, inclusive associações de profissionais que atuam na rede pública de serviços e os prestadores conveniados e contratados (PESSOTO *et al.*, 2001).

É de se notar que a composição dos Conselhos de Saúde, prevista pela Constituição da República de 1988, consiste em representantes do governo, prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos, representantes dos profissionais de saúde e das comunidades usuárias dos serviços de saúde pública. Segundo a Lei 8.142/90 a representação dos usuários nos conselhos deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (GERSCHMAN, 2004). Este caráter paritário e deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde foi ratificado na NOB/MS 01/93 (BRASIL, 1993).

Desta forma, com base nas reivindicações de participação da sociedade na gestão das políticas sociais, foram criados, após a Constituição da República

de 1988, inúmeros Conselhos co-gestores de políticas públicas desde o âmbito municipal até o federal. Os Conselhos foram incorporados à Constituição na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa. Dita cidadania seria exercida com a incorporação das forças de dada comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los. A sociedade, atuando nos Conselhos, teria a possibilidade, assim, de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilização da administração pública. Destacam-se, dentre estes Conselhos, os de Saúde que tem por função a atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (GERSCHMAN, 2004; SILVA *et al.*, 2007).

Os Conselhos de Saúde passaram a representar um mecanismo estratégico para garantia da democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se em espaços que deveriam exercer importante papel na participação efetiva da sociedade nas decisões tomadas no campo da saúde (MARTINS, 2008).

Importante ressaltar, entretanto, que a municipalização e a participação social só podem ser entendidas como processo verdadeiramente descentralizador na medida em que fortaleçam os poderes locais e aprofundem a prática da *"gestão descentralizada e participativa no SUS"*, exercendo o *"controle social*

*sobre a produção e consumo dos serviços de saúde",* como reza o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (HEIMANN *et al. apud* PESSOTO *et al.*, 2001).

## **2.3 Conselhos de Saúde: Instrumento de Exercício da Democracia no Estado Democrático de Direito**

### **2.3.1 A Democracia**

Em conceito clássico de democracia defendido por Abraham Lincoln, democracia é o governo do povo, pelo povo e para o povo (SILVA, 2008).

Analisando o conceito de Abraham Lincoln, o professor supra-citado ensina que governo *do povo* significa que o povo é fonte e titular do poder, sendo o princípio da soberania popular o princípio fundamental de todo regime democrático. Governo *pelo povo* quer dizer que o governo se fundamenta na vontade popular, isto é, se apóia no consentimento popular. Desta forma, governo democrático é aquele que se baseia na adesão livre e voluntária do povo à autoridade como base de legitimidade do exercício do poder. Governo *para o povo* constitui-se no governo que busca liberar o homem de toda imposição autoritária e objetiva garantir o máximo de segurança e bem-estar.

Portanto, conforme o mesmo autor, democracia é um processo de convivência social no qual o poder emana do povo, há de ser exercido, direta ou

indiretamente, pelo povo e em proveito do povo. Na verdade, a democracia repousa sobre dois princípios fundamentais: (a) o da *soberania popular*, segundo o qual o povo é a única fonte do poder, isto é, todo o poder emana do povo; (b) a *participação, direta ou indireta, do povo no poder* de forma que o poder seja a efetiva expressão da *vontade popular*. Assim, a democracia não teme, antes requer a participação ampla do povo e de suas organizações de base no processo político e na ação governamental.

Seguindo seu raciocínio, o mestre ensina que há três formas de exercício de democracia: indireta ou representativa, direta e semi-direta ou participativa. Na democracia representativa, o povo, fonte primária do poder, outorga as funções de governo aos seus representantes eleitos periodicamente. Lado outro, na democracia direta, o povo participa diretamente das funções de governo. Observa-se, desta forma, que a ordem democrática não é apenas uma questão de eleições periódicas para escolha das autoridades governamentais por meio do voto. O princípio participativo caracteriza-se pela participação direta e pessoal da cidadania na formação dos atos de governo.

O francês Emmanuel Sieyès, citado por Mendes (2007), estabelece o princípio da representação como ponto central da formação das nações modernas. Partindo do princípio de que todos os cidadãos têm o direito de produzir as leis, vez que todos são igualmente obrigados a cumpri-las, aponta duas maneiras de exercer esse direito: a forma mediata, por meio da representação, e a forma imediata, por meio da participação direta. Destaca, ainda, que a forma imediata

caracteriza a "verdadeira democracia" para o bem da utilidade comum.

Para Escorel (2008), a grande diferença é o caráter da participação do cidadão: no caso da democracia representativa, o povo delega seu poder de decisão; no caso da democracia direta, ele mesmo exerce o poder de decisão.

Ao identificar diferentes graus de exercício democrático, Kelsen (1961) afirma que a democracia direta é a que apresenta o mais alto grau de exercício democrático. Não sendo possível a democracia direta, ao ser adotada a democracia indireta, por ser a representação uma substituição, devem os representantes refletir o desejo do povo e prestar contas de suas ações. Assim, em uma democracia, os representantes devem ser "legalmente obrigados a executar a vontade dos representados".

No entanto, embora a representação seja um instrumento importante na democracia moderna, a participação não pode ser restrita ao momento do voto. As eleições não se constituem em mecanismo capaz de assegurar a realização da vontade popular. Sem contar com um conjunto de ferramentas de participação popular direta, a representação mostra-se insuficiente à realização da democracia em sua dimensão mais profunda. Faz-se necessária a criação de instrumentos e instituições que permitam o acompanhamento e controle por parte dos representados. É nesse sentido que os institutos da democracia participativa ganham força e assumem papel decisivo. Instrumentos como o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular de lei, no âmbito do Poder

Legislativo, e os conselhos gestores de políticas públicas e o orçamento participativo, no campo do Poder Executivo, possibilitam um canal permanente da prática política (MENDES, 2007).

O mesmo autor continua afirmando que o grau de vinculação e o controle que os representados têm sobre os representantes influem diretamente nas condições da representação política. Quanto maior a proximidade e o vínculo entre representantes e representados, mais a vontade popular será respeitada.

### **2.3.2 A Democracia na Constituição da República de 1988**

O Brasil consagrou a democracia representativa e direta como princípio fundamental no artigo 1º da Constituição da República de 1988, destacando o princípio democrático como fundamento da República Federativa do Brasil. É o que está proclamado no parágrafo único do dito artigo: “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Quanto ao alcance do princípio democrático colocado no artigo 1º da Constituição da República de 1988, este abrange duas dimensões históricas: acolhe os elementos da teoria democrática-representativa (órgãos representativos, eleições periódicas, pluralismo partidário, separação de poderes); e dá guarida às exigências fundamentais da teoria participativa (alargamento do princípio democrático a diferentes aspectos da vida

econômica, social e cultural, incorporação de participação popular direta, reconhecimento de partidos e associações como relevantes agentes de dinamização democrática). Assim, o princípio democrático exprime fundamentalmente a exigência da integral participação de todos e de cada uma das pessoas na vida política do país (MORAES, 2007).

De ver-se, portanto, que a Constituição combina representação com participação direta do povo nas funções de governo, tendendo para a democracia participativa (SILVA, 2008).

Desta maneira, diversos mecanismos foram estabelecidos na Constituição da República de 1988 para promover a participação popular na gestão pública no Brasil. Uma destas vias, a mais tradicional, consubstancia-se nos mecanismos formais de democracia representativa, isto é, através dos representantes parlamentares. A segunda via, na qual a área de saúde teve forte contribuição, é a da democracia participativa e democracia direta, por meio da presença de organismos populares junto ao Executivo, operando o controle e a fiscalização das ações do Governo. Referida presença é estendida a sindicatos, partidos e organizações sociais. A terceira via, pela intervenção do Judiciário, possibilita às pessoas o exercício dos direitos postos pelo legislador e não aplicados pela administração (SPOSATI e LOBO, 1992).

### **2.3.3 Participação Social e a Evolução do Estado Democrático de Direito**

O Estado é um fenômeno jurídico de organização que se caracteriza por sua capacidade normativa. No entanto, o Estado não é uma entidade separável do povo. É Poder que pertence originariamente ao povo, mediado pela representação. Assim, o Estado implica a recusa da autoridade absoluta e arbitrária do Poder (GOYARD-FABRE, 1999).

No processo de desenvolvimento do Estado, segundo o autor citado, a Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão de 26 de agosto de 1789 marcou, na história do direito político, o advento das liberdades e dos direitos individuais. A autonomia intelectual conquistada se exprimia pela proclamação solene de que “os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos”.

A instalação de governos representativos, pós Revolução Francesa, reintroduziu premissas democráticas fundamentais. Dentre elas, a existência de um governo calcado nas leis, a igualdade de todos perante a lei e a participação do povo no poder. A idéia moderna de indivíduo, baseada na noção de que o homem antecede ao Estado e é titular de direitos inalienáveis, contribuiu para a consolidação de um Estado de Direito (MENDES, 2007)

Surge, com isso, o Estado de Direito que tem por finalidade salvaguardar a liberdade e os direitos dos indivíduos tais como propriedade e segurança, dentro da constitucionalidade, por meio da autolimitação do Poder do Estado,

separação dos poderes, independência do aparelho judiciário, cidadania-participação e princípio da legalidade. Assim, o Estado de Direito é um Estado que se submete a um regime de direito em suas relações com seus súditos, para garantia de seus direitos individuais. Para tanto, sujeita-se a regras que fixam as vias e meios da ação estatal e que determinam os direitos reservados aos cidadãos (GOYARD-FABRE, 1999).

Ao descrever a evolução do Estado a partir do constitucionalismo moderno, que se relaciona a governos democráticos, inaugurado na Inglaterra no século XVII, Silva (2008) esclarece que o Estado de Direito ou Estado Liberal de Direito, na origem, era um conceito tipicamente liberal que surgiu como expressão jurídica da democracia liberal. Suas características básicas eram: (a) submissão ao império da lei, que é considerada como ato emanado formalmente do Poder Legislativo, composto de representantes do povo; (b) separação harmônica e independente dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário; (c) garantia dos direitos individuais. Estas exigências continuam a ser postulados básicos do Estado de Direito, que configura uma grande conquista da civilização liberal.

A concepção liberal do Estado de Direito servia de apoio aos direitos do homem, convertendo os súditos em cidadãos livres. No entanto, a democracia, como realização dos valores de igualdade, liberdade e dignidade da pessoa, é conceito mais abrangente do que o de Estado de Direito. Desta forma, o individualismo e o neutralismo do Estado Liberal provocaram enormes

injustiças, e os movimentos sociais do século XIX e XX imprimiram a consciência da necessidade de justiça social. A superação do liberalismo colocou em debate a questão da sintonia entre o Estado de Direito e a sociedade democrática. Com isto, o Estado de Direito precisou despojar-se de sua neutralidade e integrar, em seu seio, a sociedade, sem renunciar ao primado do Direito. O Estado de Direito deixou de ser formal, neutro e individualista, transformando-se em Estado material de Direito que pretendia realizar a justiça social (SILVA, 2008).

Continuando a descrição da evolução do Estado, o mencionado professor afirma que o Estado Social de Direito surgiu pela afirmação dos direitos sociais e realização de objetivos de justiça social. Buscava compatibilizar, em um mesmo sistema, o capitalismo, como forma de produção, e o bem-estar social geral que garantiria o desenvolvimento da pessoa humana. No entanto, a história revelou que o Estado Social de Direito nem sempre apresentava conteúdo democrático.

Chega-se, desta maneira, ao Estado Democrático de Direito que reúne princípios do Estado Democrático e do Estado de Direito, representando um conceito novo, na medida em que funda-se no princípio da soberania popular, impondo a participação efetiva e operante do povo na coisa pública, isto é, a presença do povo na formação da vontade estatal. Visa a realizar o princípio democrático como garantia geral dos direitos fundamentais da pessoa humana. Assim, o Estado Democrático de Direito é um Estado de legitimidade justa que

promove uma sociedade democrática ao incorporar a presença de todo o povo nos mecanismos de controle das decisões. É a lição do dito professor.

Portanto, o Estado Democrático de Direito apresenta como um de seus pilares o estímulo e a promoção da participação social na busca da universalização dos direitos sociais e dos direitos fundamentais da pessoa humana. Há uma ampliação do conceito de cidadania e uma nova compreensão do caráter do Estado. O papel do Estado Democrático de Direito engloba a definição das políticas públicas a partir de um debate público, com ênfase na participação cidadã. A participação social, neste tipo de Estado, é concebida como uma intervenção popular periódica e planejada em todos os mecanismos de formulação e implementação das políticas públicas lastreada na realização dos direitos fundamentais do homem como forma de exercício da democracia (DELGADO e ESCOREL, 2008).

Em suma, os direitos fundamentais compõem o chamado Estado de Direito. Entrementes, o Estado Democrático de Direito impõe algo mais: o princípio da soberania popular que determina que o governo e o Estado necessitam de legitimidade vinda do povo (VIEIRA, 2001).

Do descrito acima, apreende-se que a tarefa fundamental do Estado Democrático de Direito consiste em superar as desigualdades sociais, instaurando um regime democrático que realize a justiça social (SILVA, 2008).

O *caput* do artigo 1º, da Constituição da República de 1988, institui o Estado Democrático de Direito no Brasil. É o que se observa no citado artigo:

Art. 1. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988).

Ao instituir o Estado Democrático de Direito, a Constituição da República de 1988 abre as perspectivas para uma profunda realização social por intermédio dos direitos sociais por ela determinados e pelo exercício dos instrumentos sociais que oferece à cidadania. Ditos instrumentos possibilitam a concretização das exigências de um Estado de justiça social, fundado na dignidade da pessoa humana (SILVA, 2008).

#### **2.3.4 Participação Social e os Direitos e Garantias Fundamentais no Estado Democrático de Direito**

Modernamente, os autores classificam os direitos fundamentais em direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira gerações, com base na ordem cronológica em que passaram a ser constitucionalmente reconhecidos (MORAES, 2007).

Mello (2007) destaca que os direitos de primeira geração compreendem os direitos civis e políticos, ressaltando o princípio da liberdade. Já os direitos de segunda geração englobam os direitos econômicos, sociais e culturais,

acentuando o princípio da igualdade. Por fim, os direitos de terceira geração referem-se aos direitos coletivos atribuídos a todas as formações sociais, consagrando o princípio da solidariedade. Os direitos de terceira geração representam um momento importante no processo de desenvolvimento, expansão e reconhecimento dos direitos humanos.

Portanto, os direitos fundamentais de primeira geração são direitos e garantias individuais e políticos clássicos. Expressam a liberdade inviolável oriunda da dignidade de todo ser humano. No século XIX, a história fez surgir outro tipo de direitos: os de segunda geração que têm uma conotação social e econômica, garantindo o exercício individual ou coletivo dos direitos, correspondente ao desenvolvimento das formas sociais de existência. Os direitos de segunda geração buscavam promover a qualidade de vida dos trabalhadores e as condições econômicas de sua existência. Assim, os direitos fundamentais de segunda geração são os direitos sociais, econômicos e culturais. Por derradeiro, os direitos protegidos constitucionalmente ditos de terceira geração são os direitos de solidariedade ou fraternidade, que englobam o direito a uma saudável qualidade de vida (MORAES, 2007; GOYARD-FABRE, 1999).

A Constituição da República de 1988 inclui dentre os direitos e garantias fundamentais do homem o direito à saúde, passando a conceber este direito como sendo resultante das condições de vida e da forma de organização da produção. Reconhece-se, na Magna Carta, que a saúde é um bem prioritário e condição para que o cidadão possa ter uma vida digna, produtiva e com

qualidade (ASSIS e VILLA, 2003).

Para tanto, deve a Administração Pública buscar a qualidade dos serviços públicos, inclusive os de saúde, na consecução do bem comum, exercendo suas competências de maneira imparcial, transparente e participativa. Assim, deve haver a participação social e aproximação dos serviços públicos da população, atendendo ao princípio da gestão administrativa que é verdadeiro desdobramento do princípio da soberania popular e da democracia representativa, previstos no art. 1º da Constituição da República de 1988 (MORAES, 2007).

De ver-se, portanto, que a Carta Constitucional de 1988 protege os chamados direitos de terceira geração, dando novo contorno à cidadania que passa a ser vista como cidadania coletiva. São extrapolados os direitos civis ao serem incluídos sob o manto constitucional os direitos sociais básicos e elementares, bem como os direitos relativos às condições de trabalho, educação e saúde. O dever do Estado em relação a estes últimos envolve a tentativa de responsabilização dos cidadãos nas questões públicas via parcerias nas políticas sociais governamentais, vez que uma sociedade verdadeiramente democrática só se constrói por meio da participação dos indivíduos e de grupos sociais organizados. A participação da sociedade civil como parceira na gestão da coisa pública visa à promoção dos serviços públicos sociais, como educação e saúde, com *qualidade* e com abrangência universal (GOHN, 2004).

Conclui-se que como instrumento de ação democrática, o controle social da administração pública constitui-se em um dos pilares da democracia moderna (VIEIRA, 2001), e condição primordial à efetivação dos direitos e garantias fundamentais da pessoa humana.

### 3. METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um centro de saúde do município de Belo Horizonte, a saber, o Centro de Saúde Serra Verde, onde os usuários foram entrevistados sobre o tema controle social. As questões abordadas visavam à avaliação do nível de conhecimento da população sobre o controle social e à percepção do grau de importância atribuída ao mesmo pelos usuários.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de julho a outubro do ano de 2009.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário composto por 09 (nove) questões, sendo 04 (quatro) abertas, em que o usuário exprimia livremente sua opinião, e 05 (cinco) questões fechadas, onde o entrevistado respondia sim ou não (vide Anexo A).

O questionário aplicado abrangia os seguintes aspectos: importância atribuída à discussão dos problemas do centro de saúde; necessidade e forma de discussão dos problemas; conhecimento do que é um Conselho Local de Saúde; conhecimento da existência de um Conselho de Saúde no Bairro Serra Verde; composição e funcionamento do Conselho Local de Saúde; possíveis melhorias a serem obtidas mediante um conselho atuante; desejo de participação no mesmo e sugestões para um efetivo funcionamento do dito conselho.

A amostra foi composta por 20 (vinte) usuários, selecionados aleatoriamente dentre as pessoas que frequentam o Centro de Saúde Serra Verde. Todos os questionários foram aplicados por um único entrevistador no próprio Centro de Saúde, enquanto os usuários aguardavam seu atendimento pré-agendado. As respostas dadas pelos entrevistados foram livres e todas as observações por eles levantadas foram anotadas e consideradas na apuração dos dados.

Os dados apurados foram sistematizados nas categorias a seguir: importância do conselho; composição e funcionamento; conhecimento da existência e definição de Conselho Local de Saúde; melhorias; participação e sugestões.

#### 4. RESULTADOS

Dos vinte usuários entrevistados, 14 (quatorze) eram do sexo feminino e 6 (seis) do sexo masculino. Ou seja, 70% (setenta por cento) da amostra era composta por pessoas do sexo feminino, enquanto 30% (trinta por cento), do sexo masculino.

Quanto à faixa etária dos entrevistados, 5% (cinco por cento) apresentavam menos de 20 anos de idade; 15% (quinze por cento) possuíam idade entre 20 e 30 anos; 30% (trinta por cento) encontravam-se na faixa etária de 30 a 40 anos; 35% (trinta e cinco por cento) exibiam idade entre 40 e 50 anos; e 15% (quinze por cento) tinham idade entre 50 e 60 anos.

No quesito escolaridade dos entrevistados, 5% (cinco por cento) não possuíam qualquer escolaridade; 15% (quinze por cento) haviam estudado até a 4ª série; 35% (trinta e cinco por cento) apresentavam escolaridade até o ensino fundamental completo; 30% (trinta por cento) completaram o ensino médio; 15% (quinze por cento) exibiam escolaridade superior completa.

Com relação à importância atribuída e necessidade de discussão dos problemas do centro de saúde pela comunidade, 100% (cem por cento), isto é, todos os entrevistados relataram ser imprescindível a mencionada discussão.

Sobre a formação e organização de um grupo para a realização da discussão em pauta, os usuários entrevistados foram unânimes ao afirmar ser imperiosa a necessidade de formação e organização de tal grupo.

No tocante à composição do referido grupo de discussão, 25% (vinte e cinco por cento) acreditam que o grupo deve ser composto somente por moradores da comunidade e pessoas da população que freqüentam o centro de saúde; 55% (cinquenta e cinco por cento) defenderam que o grupo deve ser composto tanto por moradores da comunidade local quanto por funcionários do centro de saúde; 10% (dez por cento) afirmaram que o grupo deve ser composto somente por funcionários do centro de saúde, inclusive a direção do centro de saúde; 10% (dez por cento) asseveraram que devem compor o grupo os moradores da comunidade local, os funcionários do centro de saúde e a gerência deste último.

Observa-se que apenas 20% (vinte por cento) dos entrevistados citaram a presença da gestão no grupo de discussão. Além disso, foi mencionado que os membros da comunidade local a participar do dito grupo deveriam ser as pessoas que frequentam regularmente o centro de saúde, por estarem “por dentro” das necessidades do mesmo, e pelas pessoas que efetivamente desejam participar. Apenas 01 (um) entrevistado citou que os moradores deveriam ser representados no grupo de discussão por líderes comunitários, representantes dos síndicos do bairro e representantes dos colegiados das escolas. Outro entrevistado destacou a importância da participação de um líder

comunitário a fim de que este possa repassar as informações ao restante da comunidade.

Em relação ao modo de funcionamento do grupo para a discussão dos problemas do centro de saúde, apenas 10% (dez por cento) acreditam que o grupo deve se reunir somente quando necessário, isto é, face ao surgimento de algum problema. Em contraposição, 90% (noventa por cento) defendem a idéia de que o grupo deve reunir-se regularmente, independente da identificação de algum problema em especial. Foram sugeridas reuniões quinzenais, mensais, bimestrais, trimestrais e semestrais.

No que diz respeito ao conhecimento por parte dos entrevistados quanto à existência de um grupo para a discussão dos problemas do centro de saúde em funcionamento no Bairro Serra Verde, somente 01 (um) usuário afirmou saber da existência de tal grupo. Outro, isto é, apenas 01 (um) usuário relatou “achar” que havia este tipo de grupo no bairro. Desta forma, 90% (noventa por cento) dos entrevistados revelaram não possuir conhecimento algum de que existe um grupo em funcionamento com esta finalidade ligado ao Centro de Saúde Serra Verde.

Reforçando o achado relatado acima, no quesito conhecimento do que seja Conselho Local de Saúde, 95% (noventa e cinco por cento) da população pesquisada ressaltaram não saber o que é. Um único entrevistado, isto é, 5% (cinco por cento) revelou saber o que é Conselho Local de Saúde, tendo-o

definido como sendo “um grupo que se reúne ocasionalmente para discutir os assuntos relacionados ao Centro de Saúde e à comunidade”.

Interessante ressaltar que, quando perguntados se gostariam de participar do grupo em tela, 70% (setenta por cento) dos usuários foram incisivos ao destacar seu interesse em participar, a fim de que possam “estar por dentro” e “receber informações”. Além disso, aproximadamente 65% (sessenta e cinco por cento) dos que afirmaram desejar participar das discussões gostariam de fazê-lo porque acreditam que podem contribuir para a melhora do serviço de saúde e para o desenvolvimento da comunidade. Lado outro, apenas 30% (trinta por cento) dos entrevistados afirmaram não poderem participar do grupo de discussão, sendo que 25% (vinte e cinco por cento) não podem participar por estrita falta de tempo e 5% (cinco por cento) por acreditarem que não possuem preparo suficiente para tal.

Em relação às possíveis melhoras a serem obtidas com um conselho atuante, 50% (cinquenta por cento) destacaram mais atendimento como uma importante melhora a ser alcançada; 25% (vinte e cinco por cento) ressaltaram as melhorias nas instalações físicas do centro de saúde; 20% (vinte por cento) elegeram mais informação prestada aos usuários e mais divulgação dos serviços e forma de funcionamento do centro de saúde como sendo uma melhora necessária a ser buscada; 20% (vinte por cento) afirmaram que uma maior organização no centro de saúde seria uma das possíveis melhoras com um conselho atuante; 20% (vinte por cento) lembraram a necessidade de

realização e obtenção de resultados dos exames solicitados em tempo mais exíguo; 15% (quinze por cento) defenderam a idéia de que uma melhora no relacionamento interpessoal seria possível; 15% (quinze por cento) consideraram que seria possível obter mais consultas especializadas; 10% (dez por cento) ressaltaram que um conselho atuante traria como consequência mais participação e mais colaboração dos usuários em relação ao centro de saúde; 10% (dez por cento) mencionaram uma melhora no atendimento; 5% (cinco por cento) disseram que um grupo atuante poderia resolver os problemas do centro de saúde de maneira geral; 5% (cinco por cento) citaram o aumento no quadro de funcionários no centro de saúde; 5% (cinco por cento) se abstiveram de “criticar”; e 5% (cinco por cento) falaram que não sabiam o que seria possível em termos de melhorias.

Por fim, quando solicitados que fizessem sugestões para o bom funcionamento do Conselho Local de Saúde, 45% (quarenta e cinco por cento) dos entrevistados destacaram a imprescindível necessidade de melhor diálogo com a comunidade e maior divulgação do Conselho Local em relação à comunidade, bem como convite aos moradores para que participem. Com isto, haveria um maior envolvimento da sociedade nas questões ligadas ao centro de saúde. Ressaltaram, ainda, a imperiosa exigência de repasse das informações e discussões do Conselho Local para a comunidade em geral. Além disso, 20% (vinte por cento) sugeriram que as reuniões tivessem agenda previamente definida e divulgada entre os usuários, assim como horário certo para ter início e para terminar. Ainda dentre as sugestões apontadas, 15%

(quinze por cento) observaram que as reuniões deveriam buscar alcançar resultados práticos, caracterizando-se em reuniões produtivas, e 10% (dez por cento) indicaram que todas as pessoas que desejassem participar deveriam poder fazê-lo, promovendo ampla participação popular. Dos entrevistados, 20% (vinte por cento) disseram não terem sugestões ao bom funcionamento do Conselho Local de Saúde.

## 5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo em vista os resultados apurados neste trabalho, verifica-se que a população entrevistada como um todo considera absolutamente necessária e imprescindível a discussão dos problemas ligados ao Centro de Saúde Serra Verde juntamente com a comunidade. Além disso, a propositura de possíveis soluções pelos usuários foi fator apontado como importante à melhora do serviço de saúde.

No entanto, a prática e os dados levantados revelam que o desejo da comunidade em participar das políticas públicas está muito distante da realidade. As causas para tal são diversas. Dentre elas, pode-se apontar o desconhecimento quase que generalizado por parte da população da existência, objetivo, funções e modo de funcionamento do Conselho Local de Saúde. Pode-se citar, ainda, a falta de divulgação dos dias e horário da realização das reuniões e da pauta de discussão de cada reunião. A deficiência na publicização dos trabalhos realizados pelo Conselho Local de Saúde é outra causa constatada para a falta de participação social. Em outras palavras, a ausência de informação leva à não-participação e ao pouco envolvimento por parte da comunidade.

Diante do exposto, conclui-se que há grande necessidade de uma intensa sensibilização social no sentido de estimular e promover um engajamento da

população local no planejamento, formulação, controle e fiscalização da execução das ações públicas locais ligadas à saúde.

Sabe-se que para que o Conselho Local de Saúde tenha autonomia e organização, exige-se uma sociedade civil mobilizada e preparada para a negociação política. Para tanto, a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidas é fundamental à constituição de um Conselho Local capaz de influenciar o processo decisório da implementação das políticas públicas. Estas articulações devem ter como pedra de toque a questão da informação, tornando a sociedade mais informada sobre as políticas de saúde e mais interessada em participar.

Desta forma, o desafio apresentado à instituição de um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas em gestões colegiadas e participativas, é o estabelecimento de uma política consolidada de informação prestada à população que garanta uma comunicação e divulgação consistentes sobre o controle social.

Propõe-se, assim, uma mobilização social por meio da confecção de uma cartilha explicativa sobre a importância, objetivo e modo de funcionamento do Conselho Local de Saúde no Bairro Serra Verde. Referida cartilha seria distribuída à população no próprio Centro de Saúde, bem como em todos os espaços que se constituem em equipamentos sociais, buscando, com isso, o envolvimento e integralização com outras áreas de interesse.

O contato com as lideranças comunitárias seria outra estratégia de ação, visando à inclusão destes neste processo de conscientização e mobilização social. As lideranças seriam esclarecidas sobre a importância da existência de um Conselho Local de Saúde forte e atuante na comunidade local. Além disso, a presente proposta de intervenção seria discutida com as lideranças, de forma que as mesmas atuem como multiplicadores de saber.

A discussão sobre a necessidade de mobilização social seria estendida aos atuais participantes do Conselho Local de Saúde, procurando encontrar outras formas de envolvimento da população local. As sugestões por eles apontadas seriam discutidas e implementadas, dentro das possibilidades, a fim de melhorar a participação nas reuniões.

Por fim, propõe-se, também, a confecção de cartazes a serem afixados em diversos pontos do Centro de Saúde Serra Verde e nos espaços que representam equipamentos sociais, divulgando a data, horário, local e pauta de discussão de cada reunião.

Espera-se, com tudo isto, levar ao conhecimento da população de que o Conselho Local de Saúde constitui-se em poderoso instrumento colocado à sua disposição no sentido de promover uma melhora nos serviços de saúde pública.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, estabelece direitos civis, políticos e sociais ao fundar o Estado Democrático de Direito. Tal democracia há de ser construída e consolidada com base em uma sociedade livre, justa e solidária que participa efetivamente do processo decisório e na formação dos atos de governo. Pressupõe, portanto, o diálogo entre opiniões e pensamentos divergentes.

No entanto, a concretização desses direitos conquistados pelo povo brasileiro exige a mobilização da sociedade, de forma a poder exercer, com eficácia, o controle social. Somente por meio de um controle social realmente atuante, com usuário, profissionais de saúde e gestores atuando de forma articulada, é que o serviço de saúde no Brasil poderá ser de fato um serviço de qualidade.

O desafio posto diante de todos é enorme. Os obstáculos são muitos. A responsabilização é, sem dúvida, necessária vez que a construção e o exercício da força social são espaços a serem ocupados. No entanto, apesar dos impasses e limitações, o controle social e participação popular nas políticas públicas é seara altamente promissora e frutífera, visto que a construção de uma democracia menos utópica somente será possível mediante reais mecanismos de participação da sociedade na implementação das políticas públicas.

Observa-se, portanto, que o espaço de debate e deliberação em que se constitui o Conselho de Saúde o transforma em agente e co-condutor das políticas de saúde, visto que apresenta função de fiscalização e controle da gestão da saúde. Para que possa exercer satisfatoriamente seu papel constitucional e legal, necessário se faz que se consolide, ocupando todo o espaço a ele constitucionalmente reservado e exercitando todo o poder a ele outorgado. Tal finalidade somente será alcançada à medida que haja uma efetiva participação de todos os atores chamados a participar.

Assim, a participação social ativa, informada e democrática é imperiosa face ao fato inquestionável de que a saúde constitui-se em valor inerente ao ser humano, direito básico de cidadania. Referida participação é processo inacabado, a ser galgado no cotidiano institucional e social como direito individual e coletivo.

Conclui-se, desta forma, que este processo de aprimoramento dos Conselhos de Saúde confere à saúde uma característica de espaço democrático e de construção de cidadania. O desafio que se impõe é a transformação de uma cidadania passiva, acostumada a exigir, em uma cidadania ativa, pronta para participar de projetos comuns, assumindo as responsabilidades, e sujeito de sua própria história.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ACIOLE, Giovanni Gurgel. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.23, p.409-426, set./dez. 2007.

2 ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.376-382, maio/junho 2003.

3 BAHIA, Lígia. A institucionalização da participação social no conselho nacional de saúde: entre a representação de interesses particulares e a universalização do direito à saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.43, p.37-47, junho 2008.

4 BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

5 BRASIL. Lei 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*, Brasília, 20 set. 1990.

6 BRASIL. Lei 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*, Brasília, 31 dez. 1990.

7 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 dez. 2003. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_03.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm). Acesso em: 03 de novembro de 2009.

8 CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v.7, n.2, p.373-383, 2002.

9 CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, n.7, p.18-49, jun. 2002.

10 CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.2,

p.323-331, abr./junho 2005.

11 DALLARI, Sueli Gandolfi; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; FARIA, Mara de Mello; SHUQAIR, Nur Shuqaira Mahmud Said Abdel Qader; TREWIKOWSKI, Solange. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.531-540, out./dez. 1996.

12 DELGADO, Mônica Mendonça; ESCOREL, Sarah. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 79-95, junho 2008.

13 ESCOREL, Sarah. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.43, p.23-28, junho 2008.

14 ESCOREL, Sarah; DELGADO, Mônica Mendonça. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 62-78, junho 2008.

15 ESPINEIRA, Maria Victória; TEIXEIRA, Helder. Democracia, movimentos sociais e nivelamento intelectual: considerações sobre a ampliação da

participação política. *Caderno CRH*, Salvador, v.21, n.54. p.477-492, set./dez. 2008.

16 GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1670-1681, nov./dez. 2004.

17 GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, maio/ago. 2004.

18 GOYARD-FABRE, Simone. *Os Princípios Filosóficos do Direito Político Moderno*. 1.ed., 2.tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

19 KELSEN, Hans. *General Theory of Law and State*. Nova York: Russell & Russell, 1961.

20 LATTMAN-WELTMAN, Fernando. Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.43, p.29-36, junho 2008.

21 MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1611-1613, julho 2009.

22 MARTINS, Poliana Cardoso. Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1 p.238-238, jan./mar. 2008.

23 MARTINS, Poliana Cardoso; COTTA, Rosangela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Farias; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Silvia Eloiza; DIAS, Glauce; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.105-121, 2008.

24 MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. 33.ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

25 MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*. 22.ed., revista e atualizada. São Paulo: Malheiros, 2007.

26 MENDES, Denise Cristina Vitale Ramos. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v.10, n.2, p.143-153, julho/dez. 2007.

27 MILANI, Carlos R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. *Sociologias*, Porto Alegre, n.16, p.180-214, julho/dez. 2006.

28 MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*. 21.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

29 MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; VEIGA, Luciana; VASCONCELLOS, Miguel Murat; SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.879-888, maio/junho 2009.

30 MOREIRA, Marcelo Rasga. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.43, p.15-22, junho 2008.

31 MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.795-806, maio/jun. 2009.

32 MOREIRA, Marcelo Rasga; FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei; OLIVEIRA, André Nader de. 'Participação' nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.43, p.48-61, junho 2008.

33 MORITA, Ione; GUIMARÃES, Julliano Fernandes Campos; MUZIO, Bruno Paulino Di. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.15, n.1, p.49-57, jan./abril 2006.

34 PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; HEIMANN, Luiza Sterman. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.89-97, jan./fev. 2001.

35 PESTANA, Carlos Luiz da Silva; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis–RJ. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.485-499, 2007.

36 SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.41, n.spe, p.771-776, dez. 2007.

37 SERAPIONI, Mauro; ROMANÍ, Oriol. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2411-2421, nov. 2006.

38 SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.3. p.683-688, maio/junho 2007.

39 SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 30.ed., revista e atualizada. São Paulo: Malheiros, 2008.

40 SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.366-378, out./dez. 1992.

41 STEHR, Nico; CANÊDO, Joana. Liberdade é filha do conhecimento? *Tempo Social*, São Paulo, v.20, n.2, p.221-234, Nov. 2008.

42 STRALEN, Cornelis Johannes van; LIMA, Ângela Maria Dayrell de; FONSECA SOBRINHO, Delcio da; SARAIVA, Leonor do Espírito Santo; STRALEN, Terezinha Berenice de Sousa van; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 621-632, julho/set. 2006.

43 VIEIRA, Evaldo. A Política e as Bases do Direito Educacional. *Cadernos CEDES*, Campinas, v.21, n.55, p.9-29, nov. 2001.

44 WENDHAUSEN, Águeda; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.15, n.3, p.131-144, set./dez. 2006.

45 WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.

46 WENDHAUSEN, Águeda; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.5, p.579-584, set./out. 2007.

## 8. ANEXO

### ANEXO A

Universidade Federal de Minas Gerais

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

#### **Questionário sobre Conselho Local de Saúde**

Equipe:

Idade:

Sexo:

Grau de Instrução:

1- Você acha importante a comunidade discutir os problemas do Posto de Saúde?

Sim

Não

2- Você acha que seria interessante montar um grupo para essa discussão no Posto?

Sim

Não

3- Como esse grupo deveria ser composto?

---

---

---

---

4- Como esse grupo deveria funcionar?

---

---

---

---

5- Você sabe se já existe um grupo desses em sua comunidade?

Sim

Não

6- Você sabe o que é o Conselho Local de Saúde? Se sim, o que é?

Sim

Não

---

---

---

---

7- Que tipo de melhora você acha que seria possível conseguir com um Conselho atuante?

---

---

---

---

8- Você gostaria de participar deste Conselho?

Sim Por quê? \_\_\_\_\_

Não Por quê? \_\_\_\_\_

9- Quais sugestões você daria para que o Conselho funcionasse melhor?

---

---

---

---