

OS CONSELHOS MUNICIPAIS COMO MEIO DE CONTROLE SOCIAL E DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE

Atalite Francine Dias Corá

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Msc. Enf. ANDRESSA DE ANDRADE

Tio Hugo RS, Brasil

2013

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - Cesnors
Curso De Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de
Organização Pública em Saúde EAD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Artigo de Conclusão
de Curso**

**OS CONSELHOS MUNICIPAIS COMO MEIO DE CONTROLE
SOCIAL E DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE**

elaborado por
Atalite Francine Dias Corá

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Andressa de Andrade, Msc.
(Presidente/Orientadora – UFSM/CESNORS)

Ricardo Vianna Martins, Dr.
(Membro – UFSM/CESNORS)

Nilce Coelho Peixoto, Dra.
(Membro – UFSM/CESNORS)

“Para compreender uma obra deve-se compreender inicialmente a produção, o campo da produção; a relação entre o campo no qual ela se produz e o campo em que a obra é recebida ou, mais precisamente, a relação entre as posições do autor e do leitor em seus respectivos campos”.
(Bourdieu, 1997, p. 13)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	REFLETINDO A CONSTRUÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA	07
	2.1 Evolução histórica do sistema de saúde brasileiro até a criação dos	
	Conselhos Municipais de Saúde	07
	2.2 A importância dos conselhos locais de saúde no controle social	15
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
4	REFERÊNCIAS	23

ARTIGO CIENTÍFICO

OS CONSELHOS MUNICIPAIS COMO MEIO DE CONTROLE SOCIAL E DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE

RESUMO: Este trabalho trata de um estudo reflexivo, que, a partir da revisão de literatura, objetivou avaliar a importância dos conselhos municipais de saúde como mecanismo de participação popular e controle social na área da saúde. Assim, procurou-se por meio deste artigo, refletir sobre os desafios da temática buscando sugerir medidas de impacto para a viabilidade de ações que representem melhor os anseios da população quanto à saúde no município. Utilizaram-se artigos e dissertações inerentes a esta temática, no enfoque das ações voltadas à participação da população no que tange ao controle social nas políticas públicas de saúde. A literatura mostra que para a efetivação do impacto da participação da população por meio dos conselhos de saúde é necessária a articulação de ações que conscientizem sobre a importância da participação do cidadão e as atribuições dos conselhos de saúde no intuito de melhor alocar os recursos destinados à saúde da população.

Descritores: Controle Social, Participação Popular, Conselho Municipal de Saúde.

ABSTRACT: This work it is a reflective study that from the literature review aimed to evaluate the importance of the municipal health councils as a mechanism of social control and popular participation in health. So, we tried to by this article, reflecting on the challenges of seeking thematic suggest measures to impact the viability of actions that best represent the wishes of the population and health in the municipality. We used articles and dissertations pertaining to this issue, the focus of actions the participation of the population in relation to social control in public health policies. The literature shows that for the realization of the impact of citizen participation through health councils is necessary to articulate the actions that aware about the importance of citizen participation and duties of boards of health in order to better allocate resources for population health.

Descriptors: Social Control, Popular Participation, Municipal Health Council.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde para todos no Brasil foi institucionalizado somente com a Constituição de 1988. Tal fato foi decorrência de maior procura por atendimentos na área da saúde com o aumento da população e junto começaram as pressões por parte do povo. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi aperfeiçoado com a Constituição Federal de 1988, e deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), com a prerrogativa de afirmar a saúde como direito universal e que perdura até os dias de hoje (BRASIL, 2004).

Para que essa universalização se mantivesse, foi criada a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual regulamenta o SUS que segue os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação popular e da continuidade. Sua principal característica é a de ser um sistema único descentralizado, voltado para a prevenção e assistência à saúde. Ademais foi criada a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que prevê a participação da população na gestão do SUS. Para isso, em seu art. 1º contou, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, que constituem os dois meios de controle social no Brasil (VIEIRA, 2011).

A Conferência de Saúde objetiva avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. O Conselho de Saúde atua, além da formulação, no controle das políticas públicas de saúde, incluindo financeira e economicamente. Ambos têm por função buscar estratégias junto à população para melhor empregar os recursos com o intuito de ampliar a participação popular nas políticas públicas de saúde. A participação popular nas Conferências e nos Conselhos de Saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (art. 1º §4, Lei 8.142/90). Este último foi objeto deste estudo onde a saúde foi analisada considerando a participação dos conselhos municipais pela importância da participação social na conformação destes.

Neste sentido, o presente estudo objetivou avaliar a importância dos conselhos municipais de saúde como mecanismos de participação popular e controle social na área da saúde. Assim, buscou-se por meio deste artigo, elaborar uma reflexão teórica sobre os desafios da proposta buscando viabilizar e demonstrar a importância da participação do cidadão e as atribuições dos conselhos de saúde no intuito de fiscalizar e/ou melhor alocar os recursos destinados à saúde da população.

2. REFLETINDO A CONSTRUÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA

2.1. Evolução histórica do sistema de saúde brasileiro até a criação dos conselhos municipais de saúde

A Constituição Federal Brasileira de 1988 garante a todos os cidadãos o direito à saúde. Em seus ditames consta que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e essa garantia é efetivada 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”.

Historicamente no ano de 1550, em Portugal, estendido ao Brasil-Colônia, os inspetores de aplicação de pesos e medidas eram responsáveis por monitorar a saúde da população. Em 1563, foi inaugurada a primeira Casa de Misericórdia em São Paulo. Em 1808, com a vinda da família real, a saúde teve maior atenção, na primeira década do século XIX foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, as duas primeiras escolas de medicina do país. Até 1850, a saúde pública se limitava ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo no Rio de Janeiro, capital do Império, e controle de navios e saúde dos portos (CONASS, 2011).

Em 1889, o médico sanitarista Oswaldo Cruz propôs medidas de melhoria das condições de saúde da população e da maneira como o Estado vinha atuando até então. A atenção para as epidemias, como a de peste bubônica em 1899 e a varíola, em 1904, ocasionaram o surgimento, em 1900, de duas instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Essas instituições deram origem a uma nova geração de médicos higienistas e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer atividades sobre as doenças transmissíveis, então começaram a surgir propostas de ações em saúde pública (LIMA, 2005).

Em 1923, foi criada a Lei Eloy Chaves, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que eram organizações de direito privado, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados e não estavam vinculados a recursos do poder público. Em 1930 com Getúlio Vargas as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), centralizando a administração dos recursos, assim foi possível aumentar os benefícios de saúde, porém o direito à saúde ainda restringia-se a quem contribuísse (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Um marco importante para a saúde no Brasil foi, em 1940, a união do Serviço de Saúde dos Portos com o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Farmácia e Afins. Em 1941 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde que abordava os seguintes temas: A Organização Sanitária Estadual e Municipal; A Ampliação das Campanhas Nacionais Contra a Lepra e a Tuberculose; O Desenvolvimento dos Serviços Básicos de Saneamento; e O Plano de Desenvolvimento da Obra Nacional de Proteção à Maternidade, à Infância e à Juventude.

Em 1948, foi criado o primeiro Conselho de Saúde, considerado o ponto inicial da saúde pública moderna. A partir deste ano, a saúde do povo foi reconhecida como importante função administrativa de governo (MACHADO, 1978).

Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência. Em 1953, a Lei Federal nº 1.920, de 25 de julho, dividiu o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde. Quando do seu surgimento, o Ministério da Saúde ficou responsável pelas atividades que antes eram do Departamento Nacional de Saúde¹ (DNS), essa mudança não foi suficiente para atender os problemas da saúde pública, pois suas funções limitavam-se a ação legal e a divisão das atividades de saúde (HOCHMAN, 1998).

Em 1963, realizou-se a 3ª Conferência Nacional da Saúde, organizada pelo então ministro e defensor da municipalização² Wilson Fadul, que tinha por objetivo reordenar os serviços de assistência médica-sanitária e reorganizar a divisão político-administrativa, no intuito de implantar a municipalização. Em 1964, com o golpe, os militares tomaram o poder e a assistência médica da previdência social ficou atrelada ao Ministério da Saúde. Em 1966, o Decreto-Lei 72 unificou os institutos de aposentadoria e pensões (IAPs), criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (LUZ, 1991).

As perspectivas com relação à saúde aumentaram com o passar dos anos. Em 1967, foi criado o Decreto-Lei 200 de 25 de fevereiro, para implantar a Reforma Administrativa Federal, decretando assim a área de responsabilidade do Ministério da Saúde que incluiu política nacional de saúde, atividades médicas, ações preventivas, controle dos portos e aeroportos, controle de drogas e de pesquisa e desenvolvimento. Dois anos depois se conseguiu evoluir com instituição de um fundo nacional de saúde legalizado através do Decreto nº 64.867, de 24 de Julho de 1969, do Ministério da Saúde. Ainda neste período ocorreu a unificação dos IAPS no INPS, essa medida centralizou os recursos financeiros e as tomadas de decisão na saúde, essa atitude fortaleceu a previdência e fragilizou o Ministério da Saúde, diminuindo sua participação junto ao orçamento da União (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

¹ O Departamento Nacional de Saúde (DNS) foi criado em 1920 e tinha por função serviços e campanhas de controle de doenças, como febre amarela e malária. Na era Vargas, de 1938 a 1945, DNS foi reestruturado, passando a centralizar a direção política, administrativa e financeira das atividades sanitárias do país. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=417>. Acesso em 28.10.2012.

² Municipalizar é descentralizar tarefas de acordo com problemas de cada região. Min. Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=425>. Acesso em 29.10.2012.

Ainda em 1967, ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir a qualidade dos atendimentos da saúde, ilustradas com o tema "Recursos Humanos para a Saúde", e só teve embasamento com a reforma de 1974. Em 1968 foi criado o Plano Nacional de Saúde, que propunha a universalização do acesso e a centralização da assistência à saúde no Ministério da Saúde. Porém este plano propunha também a privatização da rede pública e a compra de serviços da iniciativa privada, acabou por não ser implantado, pois houve uma inversão de valores, uma combinação de “repressão e assistência” (BRAVO, 2007).

Em 17 de Julho de 1975, foi criada a Lei Federal nº 6.229/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), mais tarde revogada pela Lei 8.080/90, que deu origem ao Sistema Nacional de Saúde, delimitando, com base nas diretrizes do II PND³ e usando a abordagem da Teoria Geral dos Sistemas⁴, as competências da União na Saúde, através dos seus Ministérios, Estados e Municípios. Essa lei estipulou que os cuidados curativos individuais fossem de incumbência do Ministério da Previdência e Assistência Social e as ações preventivas coletivas para o Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde. Para Nunes (1985), a partir da década de 1970, é possível contar com o acréscimo da produção intelectual na área da saúde e vê-se a reprodução social da força de trabalho evidenciada pela economia política, pela economia da saúde e pelo controle social.

Em 1977 a Presidência da República assinou decreto-lei do Ministério da Saúde dividindo em três secretarias: a de Vigilância Sanitária, a de Ações Básicas e de Programas Especiais. Em setembro de 1978, foi realizada em Alma-Ata, União da República Socialista Soviética (URSS), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que, apontou a necessidade urgente de todos os governos direcionar esforços para promover a saúde como um estado de bem-estar dos indivíduos. A Alma-Ata ainda afirmou a saúde como um direito fundamental, onde os cuidados com a atenção básica fossem desenvolvidos e aplicados no mundo, no sentido de cooperação mútua (BRASIL, 2002).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, concomitantemente com a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, em Ottawa, Canadá. Esta enfatizou a “saúde como recurso essencial para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, direcionando para a importância da

³No PND II, o Estado deveria promover a dinamização dos setores sociais, sem incluir a participação social, com base na visão economicista-tecnocrática da problemática. TEIXEIRA, C. F. de S. **Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de Saúde no Brasil**. Salvador, 1982.

⁴Conjunto de partes interagentes e interdependentes com um objetivo em comum. OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas, organizações e métodos: uma abordagem gerencial**. 13 ed. São Paulo, 2002, p. 35.

qualidade de vida como primordial”. Já a Conferência Nacional gerou temas como: “a saúde como direito a cidadania” e “a reformulação do sistema nacional de saúde” (PAIM, 2007).

A Conferência brasileira deu origem ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), vigente entre 1987 e 1986, consolidando-se na Constituição de 1988, com a afirmação da Saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e constituiu um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência. A Constituição Federal de 1988 além de consagrar o governo como prestador de serviços sociais traz também consigo as características de um Estado Democrático de Direito. Esse conceito ultrapassa o Estado Social, pois proporciona espaço para que o povo construa seus próprios direitos e também cria espaços para que possam reivindicar seus anseios.

Esse direito é assegurado através da CF em seu art. 196, que expressa:

"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".

Todos os documentos citados anteriormente proporcionaram um grande avanço no conceito de saúde. Também permitiram uma nova perspectiva social, abordando a saúde não como um processo estagnado, mas como um processo continuado e interdependente dinâmico e sempre em transição de preservação da vida, onde a saúde passou a ser também um processo de cidadania. O conceito de saúde está intimamente ligado à questão de o cidadão ter direito a uma vida saudável, que conseqüentemente lhe proporcione melhor qualidade de vida, com o intuito de se fazer valer a democracia dos homens (BOLZAN DE MORAES, 2005).

A saúde está tão interligada ao direito que se encontra citada em diversos artigos da Carta Constitucional. Aqui estão elencados alguns desses artigos, dentre eles estão: artigos 5º, 6º, 7º, 194, 195, 196. Entre os direitos em cuja saúde está inserida temos o direito à educação, à moradia, à assistência social, à seguridade social e à vida, sendo este último o que possui maior peso mediante os outros da doutrina jurídica (CF/88).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico para a melhoria da saúde no Brasil. A redefinição das prioridades das ações passou a ser descentralizada, solucionando um sério problema que existia de baixa qualidade da gestão da saúde quanto ao atendimento da população. Ao abordar a saúde alguns artigos estão expostos abaixo segundo determinado na Carta Magna:

- o seu reconhecimento como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (art. 196);
- atendimento integral, descentralizado quanto ao ramo político-administrativo e a participação da população nas ações e serviços de saúde (art. 198, I, III);
- orçamento público da seguridade social que engloba ações voltadas a “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194);
- unificação das ações públicas pelo fato de consolidar o Sistema Único de Saúde – SUS - como instância única da gestão pública (art. 196 e 198);
- ainda da Constituição consta que o ente federativo que tem por função prestar serviços de saúde à população é a esfera municipal, às outras duas esferas de governo, estadual e federal, cabe prover cooperação técnica e financeira ao município. Assim, fica explícita a descentralização de recursos entre as três esferas de governo (art. 30, VIII).

Ao elencar os ditames acima, pode-se perceber que existem vários direitos interligados ao direito a saúde, além de estar especificado na Lei n.º 8.080/90, que aborda o assunto, no seu art. 3.º, *caput*, ao mencionar que a saúde possui características relacionadas com a educação, a moradia, o trabalho, o saneamento básico, a renda, o meio ambiente, o transporte, o lazer e o acesso a serviços essenciais. A Constituição Federal de 1988 torna público em seu art. 6.º que a saúde é um direito social. Pressupondo então dessa perspectiva, que o Município, atuando no papel de prestador deve ter por obrigação a prestação efetiva de serviços de saúde, sob pena de infringir o direito da população à saúde.

Os direitos sociais na Magna Carta encontram-se elucidados no capítulo II do título II. Tal título elenca os direitos fundamentais. E, conseqüentemente, se os direitos sociais estão enquadrados dentro do título que dista sobre direitos fundamentais é porque ambos seguem mesmo regimento. Também consta na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), disposto no art. 2.º, a natureza dos direitos sociais, pois afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e que o Estado tem por obrigação prover de condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Essa lei é datada de setembro de 1990 e regulamentou as ações e serviços de saúde, executados por pessoas naturais ou jurídicas independentemente de serem de direito público ou privado. A Lei Orgânica da Saúde tem por função consolidar as diretrizes do SUS, previstas no art. 198 da CF:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.”

O Sistema Único de Saúde constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, que estão a cargo de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada pode prestar serviços para o SUS de forma a complementar o atendimento à população, conforme art. 4 da Lei 8.80/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento da saúde.

No SUS, cada esfera de governo tem um papel, essas competências estão especificadas nos artigos 16 da lei que o rege, lei nº 8.080/90 para a direção nacional, 17 para a estadual e 18 para a municipal, sendo que para esta última cabe a execução dos serviços de saúde em maior grau, e aos outros dois lhes compete o acompanhamento e subsídio. Então, à direção municipal do SUS compete “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, gerir e executar os serviços de saúde”, e também participar do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual”. Ao rever o papel de cada eixo, percebe-se que o crescimento das responsabilidades dos governos municipais quanto à provisão de atenção básica aumentou. E, conseqüentemente, as funções da União diminuíram quanto à oferta de serviços direta ao longo da década de 80 (BRASIL, 2004c).

A lei 8.142/90, de dezembro de 1990, foi criada para complementar a lei orgânica e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Em seu artigo 1º faz-se valer o que trata a lei 8.080/90 e esta veio a reforçar que “o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde”. Após a Constituição Federal, a Saúde passou por vários processos de readequação e implementação, sendo que foram criadas as Normas Operacionais para melhor gerir as políticas públicas voltadas para a saúde da população (BRASIL, 2004c).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91, 92, 93 e 96, emitidas pelo Ministério da Saúde, foram instrumentos de regulamentação do sistema (VIANA & DAL POZ, 2005). A partir daí, a operação do sistema e a relação entre os administradores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde que regulamentaram essas normas conhecidas como Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS). Foram expedidas NOBs nos anos de 1991, 1992,

1993 e 1996. Mais recentemente foram elaboradas normas específicas para a saúde, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002), por causa da regionalização dos serviços de saúde.

As NOB 01/91 e NOB 01/92 foram contextualizadas em meio à centralização, ainda com a existência do INAMPS, sendo que os prestadores públicos ainda ressarciam os prestadores particulares, porém já em andamento a ideia de municipalizar e estadualizar. A NOB 01/93 criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no campo estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no campo federal, centros deliberativos e de ajuste para gerência da descentralização, e estabeleceu o fluxo decisivo entre eles e os conselhos de saúde (VIANA & DAL POZ, 2005).

A NOB 01/96 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Mas essa norma teve falhas, pois deixava uma parcela considerável das transferências na modalidade burocrática e de baixa eficiência. Em 2006 foi criado o “Pacto pela Saúde”⁵, que foi firmado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), propondo mudanças na pactuação até então vigente. O Pacto envolveu o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS (BRASIL, 2006).

Na Lei n. 8.142/90, ficou estabelecida a realização das Conferências Nacionais de Saúde a cada quatro anos, “com a representação dos diversos segmentos sociais, no intuito de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde trazidas dos níveis estaduais e municipais, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

As Conferências devem ser realizadas de forma hierárquica, para que a população tenha acesso às reivindicações e que seus representantes possa levar adiante as expectativas e reivindicações dos usuários. E esta por sua vez tem por finalidade propor soluções aos problemas elencados. Os Conselhos de Saúde tem por objetivo participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura pelo fato de os entes federados darem o suporte necessário aos Conselhos. Nas reuniões plenárias dos Conselhos devem se manifestar os interesses dos diferentes segmentos

⁵ O Pacto pela Saúde tem três dimensões: o Pacto pela Vida, prioriza população mais vulnerável; o Pacto em Defesa do SUS, com a democracia participativa no SUS, e o Pacto de Gestão, que define as responsabilidades de cada esfera quanto à gestão. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**, 2006. Série B, textos básicos de Saúde.

sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de políticas públicas voltadas à realidade da população para diferentes prioridades. Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 define:

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

A Lei Federal nº 8.142/90 trata ainda da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal. Porém para que sejam repassados os recursos federais é preciso que os municípios, os estados e o Distrito Federal tenham: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a Saúde no respectivo orçamento; e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Ambas as instâncias têm por função a maior veracidade das necessidades da população brasileira. O principal objetivo da criação dessas leis é de a sociedade poder se pronunciar através do Conselho ou por intermédio da Conferência quanto à elaboração das políticas de saúde e verificar se essas políticas abarcam as necessidades da população.

2.2 A importância dos conselhos locais de saúde no controle social

A fiscalização das políticas públicas de saúde fez-se necessária devido à necessidade de transparência na realização dos serviços prestados. É importante enfatizar a busca pelo limite do poder do Estado, a fim de que não sejam transgredidos os direitos fundamentais do cidadão. Existem os controles formais ou oficiais e os informais ou sociais, no Brasil (MARÇAL JUSTEN FILHO, p 746, 2006/02).

A palavra controle é a imposição de interesses de alguém em detrimento de outro, com dois sentidos distintos segundo Comparato (1983), onde um aponta para a área fiscal, vista a verificação do cumprimento dos objetivos, e o outro para a orientação, devendo conduzir a situação inadequada às conformidades de como se deveria fazer. Para Bobbio (1986), a democracia direta é a participação de todos os cidadãos em todas as decisões, ele deixa claro que para que ela realmente exista não pode haver nenhum intermediário entre o indivíduo

deliberante e o deliberado, pois o controle democrático ou da participação do povo é uma forma de manifestação popular.

De acordo com a CF/88, art. 1º “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição”. O cidadão faz valer sua participação por intermédio de partidos políticos, associações de classes trabalhadoras e moradores, movimentos de majorias e minorias, outros coletivos congregadores de cidadãos e conselhos existentes dentro da instituição pública, como é o caso do conselho da saúde.

Os Conselhos surgiram em resposta à uma necessidade de maior controle da população com relação aos recursos públicos. São considerados órgãos de acompanhamento e fiscalização, no caso da saúde o controle se dá em torno do fundo de saúde⁶. Essas conquistas, ainda que possam ser transitórias vêm consagrar um entendimento que não ficou absolutamente claro nas leis 8.080/90 e 8.142/90, quanto à participação da sociedade no Controle Social, preceito constitucional consagrado (BRASIL, 2004c).

Tal controle está diretamente ligado à participação popular e à transparência dessa política, assim como está atrelado ao Estado Democrático de Direito estreitando com isso a distância entre a sociedade e o próprio Estado. Assim, o Estado Democrático de Direito deve ter suas políticas públicas estabelecidas de maneira responsável, clara, transparente e em função da coletividade, para que seja de acesso a todos e com isso se possa ter realmente um controle social efetivo (MILESKI, 2003 p. 137). O controle social é a articulação e a mobilização da sociedade civil sobre o planejamento, a implementação, a avaliação e o controle das ações do Estado. Esse poder é exercido através da participação popular, que segundo Misoczky (2003), pode ser considerado um envolvimento dos cidadãos nos recursos públicos com o intuito de redistribuir o poder na sociedade, com o objetivo de alcançar maior equidade e justiça social.

O Estado Democrático deve ter seu olhar voltado para a ordem política, com fim no bem-estar da sociedade, e para que não se desvirtue, é importante que se tenham controles como formas de manter esse objetivo (LOSURDO, 2004). No Estado de Direito, a administração deve cumprir a lei onde consta a supremacia do interesse público, e o controle social vem a auxiliar o oficial, pois o cidadão tem o poder de, através dos conselhos e das conferências, analisar e fiscalizar as irregularidades do governo (MILESKI, 2003).

⁶ São recursos que se destinam a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, condicionadas à apresentação de um plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento da respectiva esfera governamental, cfe. consta no Decreto 1.232/94. ROSA, Roger dos santos...[et al.]. **Fundos Municipais de Saúde**: novos instrumentos de gestão. Porto Alegre, Ed. Dacasa,1999.

Assim, quanto maior a participação popular, maior o controle social, mas para que seja possível uma participação efetiva é preciso ter maior expansão dos controles, no sentido de influenciar as decisões das políticas públicas e é através dos Conselhos que o povo pode manifestar sua opinião (GOHN, 2003). Uma citação de Cohn (1991) faz com que se reflita quanto à maneira como está instituída a saúde no Brasil, e como ela pode ser expansiva ao ampliar o modo como se vê o que está delimitado na lei:

"Instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços, mas, igualmente, à sua conformação em um direito" (COHN, 1991).

Ao analisar a história que institui o direito à saúde no Brasil, que é parte integrante de vários documentos do arcabouço jurídico-legal da Constituição Federal, da Constituição Estadual, da Lei Orgânica de cada município e das Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90, conclui-se que há uma mudança no conceito da saúde. Esta compreende um produto social e histórico condicionado pelas circunstâncias de vida e de trabalho das pessoas.

No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que se refere aos recursos mínimos a serem aplicados em ações em saúde, além de alterar os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF/88. Ainda na EC 29, em seu "Art. 77 elenca: III - no caso dos Municípios (...) à quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos (...) os recursos destinados às ações e serviços de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde (...)" esse é um tema muito discutido pelo fato de as Secretarias incluírem na saúde outros gastos como previdência, saneamento, entre outros e essa porcentagem acaba deixando de ser repassada para a saúde da população brasileira (BRASIL, 2000).

Portanto, a participação popular e o controle social têm por finalidade, além de vigiar, controlar ou punir, talvez com maior propósito, o exercício da cidadania. Pois o fato de participar já transforma o cidadão, aumenta o entendimento, proporciona mais interação e viabiliza uma consciência mais crítica, pois a participação ativa da população nos conselhos possibilita o controle do processo de discussão e elaboração de políticas sociais públicas consolidando efetivamente a cidadania. Além disso, essa participação permite que prioridades sociais ganhem destaque e que ações desenvolvidas tenham continuidade, evitando a paralisação das ações no caso de possíveis alterações no governo (BOBBIO, 1986).

A participação está englobada nos conceitos de luta e contestação. Ela passa a ser cada vez mais valiosa no momento de tomar decisões, viabiliza a garantia do redirecionamento das políticas e práticas objetivando atender as necessidades do povo. Ainda nessa perspectiva,

Carvalho (1995), afirma que o exposto acima dá embasamento para a participação social, tendo como normas a universalização dos direitos sociais, e o papel do Estado, dando uma nova visão ao conceito de cidadania e para haver uma participação efetiva da população é preciso que exista democracia.

De acordo com Coutinho (2000), a democracia vai ao encontro do socialismo, interliga reformas de cunho político, econômico e social, pois representa a soberania popular, a construção de uma sociedade participativa. E em suas escritas ainda enfatizou a prerrogativa de que “para que exista uma democracia das massas, ao denominar a população, é preciso que estas se organizem a fim de expressar seus anseios no que diz respeito a um panorama institucional em permanente expansão”.

Os mecanismos de participação têm como arcabouço da democratização a relação entre Estado e sociedade, possibilitando a intervenção da sociedade civil nas decisões governamentais, com olhar voltado para a socialização da política e do poder. Segundo Raichelis (1998), a democratização denota o direito de todos à participação na esfera pública que se tornou o lócus de publicização.

Para Carvalho (1997),

“(…) os conselhos são uma das principais e mais interessantes inovações da organização sanitária brasileira contemporânea. Situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecem como um constructo institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde, perseguida pelo processo da Reforma Sanitária”.

O Estado tem o dever de financiar as políticas sociais. Sendo assim, sua fiscalização deve se dar através do controle da sociedade civil, via mecanismos de participação popular e é nesse contexto que os conselhos de saúde atuam, para poder igualar as perspectivas e anseios de cada segmento da população.

Os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um polo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado (Conselho Nacional de Saúde, CNS, Resolução nº 333, 2003). Uma das diretrizes mais importantes dessa Resolução é a de que os Conselhos de Saúde devem “atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros”. Conforme Resolução nº 453/2012, do CNS, que complementa a Resolução nº 333/2003, recomenda-se a renovação de, no mínimo, 30% das entidades que representam usuários, trabalhadores e prestadores de serviços. E é importante ressaltar que as reuniões plenárias dos Conselhos de

Saúde são abertas ao público e devem acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

Aos olhos de Tatagiba e Teixeira (2007), os Conselhos são considerados instituições participativas de caráter permanente que já fazem parte da estrutura do governo. Eles têm por função gerar algum tipo de impacto nas políticas públicas em áreas específicas (no caso do Conselho Municipal de Saúde incide sobre as políticas de saúde de cada município), tomando decisões através da participação de representantes do Estado e da população, apesar de cada conselho possuir identidade própria.

Segundo a Quarta Diretriz da Resolução nº 333, os Governos devem garantir autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. Esses conselhos definem-se por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS. Conforme Resolução 453/2012 do CNS, que as entidades que compõe os Conselhos de Saúde devem atender o regimento específico de cada esfera governamental, porém conforme Resolução 33/92, regulamentada pelo CNS em 23 de dezembro de 1992, é preciso que tenha paridade nos Conselhos, definindo que os mesmos devem ser compostos por 50% de representantes do segmento dos usuários, e os demais 50% deve ser de 25% de representantes dos prestadores de serviços e governo e 25% pelos trabalhadores de saúde (BRASIL, 1992; 2012).

As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deve garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, pautado também na 9ª Conferência Nacional (CNS, 1992). Ou seja, para evitar qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento (BRASIL, 1992).

A Resolução 333/03, em complemento a Resolução 33/92, ambas do Conselho Nacional de Saúde, acrescenta quanto a como procede a estruturação dos conselhos de saúde e quanto as alterações na organização dos Conselhos de Saúde, preserva o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente. A cada três meses deve constar nas pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado, contendo, dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e

a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1992; 2003; 2012).

Conforme Resolução 333/03, sobre a regulamentação dos Conselhos de Saúde, os conselheiros desde que com a devida justificativa, devem-se buscar auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS. Ouvido o Ministério Público, o Pleno do Conselho deve manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções geradas em plenárias são obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho, justificasse com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte as entidades que integram o Conselho (BRASIL, 2003).

Dadas às atribuições que compete ao CMS extraídas da Resolução nº 333/03, do CNS:

Ao CMS compete, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:

I - acompanhar e controlar a movimentação e o destino dos recursos na execução orçamentária da Secretaria Municipal da Saúde;

II - definir critérios para a celebração de contratos entre o setor público e entidades privadas no que tange à prestação de serviços de saúde;

III - avaliar as unidades do setor privado prestador de serviços de saúde que serão contratadas para atuarem de forma complementar no SUS, bem como acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação das mesmas;

IV – deliberar acerca da aprovação de critérios e valores, complementares à tabela nacional de remuneração de serviços, e os parâmetros municipais de cobertura assistencial;

V - promover a ampla descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos recursos financeiros;

VI – estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Municipal de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução;

VII – deliberar acerca da aprovação da proposta do Plano Plurianual (PPA), da lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e do orçamento anual (LOA) da Secretaria de Saúde e Assistência Social;

VIII – deliberar acerca da aprovação do Plano de aplicação e a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua movimentação;

IX – deliberar acerca da aprovação dos Relatórios de gestão do SUS apresentado pelo gestor municipal;

X – apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua implementação;

XI – estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área da saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o SUS no município;

XII – aprovar o regulamento, organização e as normas de funcionamento das Conferências Municipais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente;

XIII – deliberar previamente acerca dos convênios e termos aditivos a serem firmados pela Secretaria Municipal da Saúde;

XIV – definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

XV – proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

XVI – apoiar e promover a educação para o controle social;

A Resolução acima referida especifica as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. O CMS tem um papel importante na fiscalização junto à população com relação às políticas públicas em saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

Em suma, o controle social tem o dever de corrigir as lacunas de democracia representativa, introduzindo novos sujeitos democráticos e populares, ampliando, ao mesmo tempo, a democracia política e a democracia social. A forma coletiva como se organizam os movimentos e as representações de saúde permite construir a possibilidade de se superar o exercício da democracia representativa⁷ nos limites do Estado de Direito para formas de democracia direta, exercitando a construção popular, uma exigência à sociedade brasileira, tradicionalmente autoritária, elitista, paternalista e clientelista no seu estilo de fazer política.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social é a possibilidade de romper com o caráter privatista, de favorecimento a alguns. É um exercício de trazer as questões e as decisões para maior número

⁷ Bobbio acredita que não exista uma democracia direta, somente a representativa. BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

de interlocutores proporcionando um cenário de discussão e negociação. Essa relação social fundadora dos espaços de controle social deve estabelecer regras que definam espaços de influência. Não se pode ser conivente com a transformação do espaço do controle social em uma continuidade burocrática de reuniões, onde não se tem compromisso com os resultados ocasionados pelas decisões tomadas.

A ideia de participação e de controle social estão interligadas e isso ocorre através da participação na gestão pública. A população tem a possibilidade de intervir na tomada da decisão administrativa, para que o governo adote medidas que venham a contemplar o interesse público. O Conselho de Saúde, representando a população, deve atuar no controle das políticas públicas de saúde, incluindo financeira e economicamente, através das prestações de contas. Ademais, tem por função buscar estratégias junto à população para melhor empregar os recursos com o intuito de ampliar a participação popular nas políticas públicas de saúde.

A participação da sociedade na gestão pública é um direito que está assegurado pela Constituição Federal, e essa prática deve ser continua permitindo que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas, também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos públicos. Percebe-se que esta participação, mesmo com toda evolução histórica de lutas e conquistas na melhoria das políticas voltadas para a saúde, caminha a passos lentos e que essa efetivação da democracia de forma legal deverá partir de uma maior divulgação e interação dos próprios conselheiros junto a população para pressionar o órgãos responsáveis pela gestão da saúde a atender mais a demanda da população.

É de fundamental importância que cada cidadão assuma essa tarefa de participar de gestão pública e de exercer o controle social do gasto do dinheiro público. Assim, o cidadão tem o direito não só de escolher, de quatro em quatro anos, seus representantes, mas também de acompanhar de perto, durante todo o mandato, como esse poder delegado está sendo exercido, supervisionando e avaliando a tomada das decisões administrativas.

Para haver uma participação efetiva da população é preciso fortalecer o controle social com uma gestão democrática e participativa no SUS ampliando o grau de consciência. Esses espaços democráticos de interlocução entre o Estado e a Sociedade se dão através dos Conselhos de Saúde que atuam com o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar o processo de participação cidadã do SUS no planejamento e execução das ações de políticas públicas, para poder igualar as perspectivas e anseios de cada segmento da população.

O Conselho da Saúde necessita ser institucionalizado, tornar-se visível, de modo que alterações em sua continuidade possam tornar-se públicas e fundamentais para ampliar a própria força deste controle, que deve incidir não somente sobre a equidade dos resultados, mas também sobre a igualdade do acesso. E para isso é preciso um envolvimento dos cidadãos nos recursos públicos com o intuito de redistribuir o poder na sociedade, com o objetivo de alcançar maior equidade e justiça social, pois participar transforma o cidadão, aumenta o entendimento, proporciona mais interação e viabiliza uma consciência mais crítica.

4 REFERÊNCIAS

- BOBBIO, Norberto. **Três ensaios sobre a democracia**. Trad. Sérgio Bath. São Paulo: Cardim&Alario, 1991;
- BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986;
- BOLZAN DE MORAIS, José Luis. **O estado e suas crises**. Ed. Livraria do Advogado, 2005;
- BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina** Rio de Janeiro: Bertrand, 2003, p 64;
- BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002;
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 05.05.2013;
- _____. Conselho Nacional da Saúde. **Regulamentação da EC 29**, de 13 de setembro de 2000. **Recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde** Disponível em: <<http://www.idisa.org.br>>. Acesso em 28.10.2012;
- _____. _____. **Resolução nº 33**, 23 de dezembro de 1992. **Recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais de Saúde**. Dez, 1992;
- _____. _____. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. **Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Nov, 2003;
- _____. _____. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012. **Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Mai, 2012;
- _____. _____. **Resolução nº 291**, de 06. de maio de 1999. **Plenário sobre competências e atribuições do CNS conferidas pela lei 8.080/90**. Dez, 1990;

- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde - Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, volume 1** – Brasília : CONASS, 2011;
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006;
- _____. _____. **Conferência Nacional de Saúde, 1963, 3ª**. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=423>. Acesso em 21.10.2012;
- _____. _____. **Conferência Nacional de Saúde, 1986, 8ª**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso 05.10.2012;
- _____. _____. **Conselho de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização**, 2002;
- _____. _____. **Decreto n. 1.651**, de 28 de setembro de 1995. **Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde**, 1995;
- _____. _____. **Decreto n. 7.508**, de 28 de Junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080/90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 20.10.2012;
- _____. _____. **Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.
- _____. _____. **Guia do Conselheiro Curso de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde**, Brasília: 2002, pg 18;
- _____. _____. **Lei Federal n. 8.080/90**, de 19 setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 16.10.2012;
- _____. _____. **Lei Federal n. 8.142/90**, de 28 Novembro de 1990, participação popular. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 16.10.2012;
- _____. _____. **Lei Federal n. 8.689/93**, de 27 de Julho de 1993, extinção Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 16.10.2012;
- _____. _____. **Portaria n. 2.203** de 1996. **Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96**. Brasília: MS, 1996^a;
- _____. _____. **Portaria n. 234**, de 07 de fevereiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1992. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em 12.11.2012;

- _____. _____. **Portaria n. 545**, de 20 de maio de 1993, estabelece normas de descentralização das ações e serviços de saúde, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em 05.05.2013;
- _____. _____. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Série B, textos básicos de Saúde, 2006;
- _____. _____. **Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca**. Saúde como direito de todos e dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004;
- _____. _____. **Resolução n. 259**, de 7 de janeiro de 1991, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), 1991;
- _____. _____. **Resolução n. 273**, de 17 de julho de 1991, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), 1991;
- _____. _____. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**, 2006. Série B, textos básicos de Saúde;
- BRAVO, Maria Inês Souza [Et.al.]. **Saúde e Serviço Social** (organizadoras). 3ª edição, São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2007.
- CARVALHO, Antônio Ivo. “ **Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**” in FLEURY, Sonia (organizadora). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997;
- CARVALHO, José Murilo de. “**Brasil: nações imaginadas**”. Revista contemporânea de antropologia e ciência política. V.1, n.1, Rio de Janeiro: UFF, jan.-jun.1995, p. 23;
- COMPARATO, Fábio Konder. **O Poder de Controle da Sociedade Anônima**. São Paulo: Editora Forense, 1983;
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. & KARSCH, U. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 1991;
- COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente – Ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo, Cortez, 2000;
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005;
- GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003;
- HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo, 1998;
- JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2006;

- LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. São Paulo, Atlas, 2007;
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, 2009;
- LOSURDO, Domenico. **Democracia ou Bonapartismo**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNESP, 2004;
- LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” - anos 80**. Physis, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991;
- MACHADO, Roberto [et. al.] **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978;
- MILESKI, Helio Saul. **O Controle da Gestão Pública**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p.137;
- MISOCZKY, MC. **Gestão Participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2003;
- NUNES, E. D. **Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral**. In: GARCÍA, J. C. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, DF: Opas, 1985;
- OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas, organizações e métodos: uma abordagem gerencial**. 13 ed. São Paulo, 2002, p. 35;
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, Salvador, n. 12(Sup), p.1819-1829, out., 2007;
- RAICHELIS, Raquel. **Esfera Política e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo, Cortez, 1998;
- RIO GRANDE DO SUL. **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul - Texto constitucional de 3 de outubro de 1989**. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/prop/Legislacao/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em 20.11.2012;
- ROSA, Roger dos Santos [et al.]. **Fundos Municipais de Saúde: novos instrumentos de gestão**. Porto Alegre. Ed. Dacasa, 1999;
- TATAGIBA, Luciana e TEIXEIRA, Ana Cláudia. **"O papel do CMS na Política de Saúde em São Paulo**. São Paulo: Polis/PUC-SP, 2007;
- TEIXEIRA, C. F. de S. **Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de Saúde no Brasil**. Salvador, 1982;

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 15, supl., p. 225–264, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100003>. Acesso em 10.11.2012;

VIEIRA, Monica [et al.]. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2011;

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia.** 2ª edição, Rio de Janeiro, Zahar, 1971. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/instrumentos_gestao/guia_plano_municipal/Cadernos_de_Planejamento_-_Volume_2.pdf>. Acesso em: 05.10.2012;

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EaD
POLO TIO HUGO**

**OS CONSELHOS MUNICIPAIS COMO MEIO DE
CONTROLE SOCIAL E DE PARTICIPAÇÃO
POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE**

ATALITE FRANCINE DIAS CORÁ

Tio Hugo, RS Brasil

2013