



Artigo Original

CONTROLE SOCIAL NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS CONSELHEIROS DE UMA CAPITAL BRASILEIRA

SOCIAL CONTROL IN VIEW OF THE USERS-COUNSELORS OF A BRAZILIAN CAPITAL

Resumo

Aline Vieira Simões¹
Fabrício Almeida dos Santos¹
Ana Lúcia Soares Siqueira¹
Adriana Alves Nery¹
Fabio Ornellas Prado¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Jequié – Bahia – Brasil

E-mail:
avsimoes@uesb.edu.br

Objetivou apreender a concepção dos usuários conselheiros municipais de saúde de Aracaju-SE sobre o controle social e identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos conselheiros usuários municipais para a efetivação do controle social em Aracaju-SE. Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa com os 16 conselheiros representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju-SE. Utilizou a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados e análise de conteúdo para a análise de dados. A concepção de controle social pela maioria dos usuários conselheiros esteve relacionada à função fiscalizatória dos Conselhos em detrimento de outros atributos igualmente importantes, além da noção de controle social entendido como controle da comunidade, fazendo alusão à noção do campo das ciências sociais. Foram indicados diversos obstáculos no exercício do controle social como: relação problemática com o poder executivo, limitação da autonomia dos Conselheiros, deficiências na estrutura física e desmobilização popular.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Participação Social.

Abstract

Objectived to apprehend the conception of city health counselors-users of the Aracaju-SE about social control and identify the main difficulties faced by city health counselors-users for effective social control in Aracaju-SE. Exploratory descriptive research of qualitative with 16 representative counselors-users of the Aracaju City Health Council. Used semi-structured interview as data collection technique and content analysis to data analysis. The social control conception to most counselors-users was related to inspection function of the Councils in detriment to other equally important attributes, beyond the notion of social control understood as community control, in allusion to the social science field. Several obstacles were indicated in the social control exercise such as: problematic relationship with executive power, limiting the autonomy of the Council, deficiencies in physic and material structure and popular demobilization.

Key words: Unified Health System; City Health Council; Social participation.

Introdução

A participação da sociedade civil na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas tem possibilitado, de alguma forma, o aumento da eficácia e abrangência das ações públicas, assim como da capacidade de formular ações em busca de melhoria na infraestrutura dos serviços públicos¹.

Assim, a atuação da população organizada teve início nas discussões que permearam o movimento da Reforma Sanitária, na década de 1970, quando um grupo de sanitaristas e demais atores sociais se uniram em prol da luta política em busca do reconhecimento da saúde como direito social e universalização do acesso, sendo o dever do Estado garanti-la².

A partir daí houve a instituição legal do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, constituindo-se numa política de saúde baseada em princípios de universalização e equidade, e fundamentada nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da população, que devem ser seguidas em todo o país, nos diversos serviços de saúde³.

O SUS garante a participação da comunidade na gestão do sistema e dispõe sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde⁴. Com isso, imprimiu mudanças no processo de participação social, inserindo os usuários dos serviços de saúde nas tomadas de decisões em saúde, exercendo sua cidadania e efetivando o controle social, ou seja, lutando por seus direitos.

Em relação ao controle social pode-se, inicialmente, relacioná-lo ao controle disciplinador exercido pelo Estado sobre a sociedade. No entanto, na área da saúde o sentido do controle social caminha para outra direção. É um dos princípios fundamentais do SUS e uma importante estratégia para garantir a participação da população no processo de descentralização e municipalização de saúde. Pode ser também definido como a capacidade que o cidadão tem de intervir na gestão pública, assim como orientar as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade⁵.

A participação da comunidade no SUS foi regulamentada em 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90 que trataram de regulamentar o direito à participação pela criação da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Tais instâncias colegiadas de caráter decisório na formulação das políticas de saúde teriam em sua composição a representatividade legal da população por meio de seus instrumentos de organização, tendo sido definido seus critérios de funcionamento⁶.

As Conferências são colegiados que se reúnem no máximo a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes dessa política pública em cada nível de governo, constituindo um importante foro de participação popular⁷.

Os Conselhos de Saúde, órgãos de caráter deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. São compostos por representantes do governo,

prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação desses últimos é paritária em relação aos demais segmentos⁷.

O Controle Social institucional constitui-se, portanto, de uma importante estratégia de fortalecimento do SUS através da participação do usuário enquanto corresponsável pela organização, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde e nas decisões tomadas pelo Estado⁸.

Atualmente foi publicado o Decreto 8.243/2014, no qual foi instituída a Política Nacional de Participação Social - PNPS, com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil⁹.

Nesse decreto, foram reconhecidos os Conselhos e comissões de políticas públicas: Conferência Nacional, ouvidoria pública federal, mesa de diálogo, fórum interconselhos, audiência pública, consulta pública e ambiente virtual de participação social como instâncias e mecanismos de participação social, sem prejuízo da criação e do reconhecimento de outras formas de diálogo entre administração pública federal e sociedade civil⁹.

Contudo, Rolim e col. apontam que apesar das contradições e fragilidades os Conselhos e demais instâncias são importantes em nosso país devido à cultura da submissão ainda estar presente na população em que o público é tratado como posse de pequenos grupos de privilegiados¹⁰. Dessa forma, os cidadãos devem participar da discussão das políticas de saúde e ter uma atuação independente do governo, isto é, não obstante façam parte da estrutura do Estado devem atuar com liberdade para propor, avaliar e deliberar.

Desta forma, os objetivos desta pesquisa foram apreender concepção dos usuários conselheiros municipais de saúde de Aracaju-SE sobre o controle social e identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos conselheiros usuários municipais para a efetivação do controle social em Aracaju-SE.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, cujo universo da pesquisa foi a cidade de Aracaju, Estado de Sergipe/Brasil. A unidade de observação foi o Conselho Municipal de Saúde localizado nesse município.

O Conselho Municipal de Saúde de Aracaju foi criado em 1993, sendo composto por 32 membros titulares com igual número de suplentes, desses 16 constituem a parcela que representa os usuários, que constituíram os participantes deste estudo. As reuniões ocorrem uma vez por mês ou extraordinariamente, sempre que for necessário.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o protocolo nº 1081.0.000.107-07. Todos os aspectos éticos constantes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram contemplados¹¹.

Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada que combina perguntas abertas e fechadas, e que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se atrelar à indagação formulada¹². As entrevistas foram gravadas utilizando um gravador digital seguindo um roteiro e seu conteúdo foi transcrito na íntegra substituindo os

nomes dos participantes da pesquisa por Conselheiro nº 1 e assim, sucessivamente, por ordem de entrevista, preservando-se assim a identidade dos atores sociais envolvidos.

Para o processo de análise e interpretação das informações coletadas, tomou-se como eixo condutor a análise de conteúdo de Bardin¹³. Os dados foram analisados descritivamente e categorizados, a fim de filtrar a parte de interesse da avaliação, realizando uma **pré-análise** do material - organização do material; **descrição analítica** - codificação, classificação e a categorização dos dados; e interpretação do referencial por meio de reflexões sobre conteúdo.

Resultados e Discussão

Caracterização dos usuários conselheiros

Observou-se que os usuários conselheiros representavam entidades das mais variadas naturezas, de movimentos populares e distritos, a igreja e associações.

Os entrevistados estavam na faixa etária entre os 23 e os 65 anos, 67% deles eram do sexo masculino, 60% deles encontravam-se no primeiro mandato, estavam cursando ou já concluíram o nível superior de ensino, não possuíam plano de saúde privado e a maioria, com 73%, realizou capacitação específica para ser conselheiro.

Em relação aos questionamentos com perguntas abertas emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

CATEGORIA 1: Entendimento dos conselheiros usuários municipais sobre Controle Social

- *Subcategoria 1.1 Função fiscalizadora*

CATEGORIA 2: Principais dificuldades enfrentadas pelos conselheiros usuários municipais para a efetivação do controle social

- *Subcategoria 2.1* Dificuldade na relação dialógica entre os usuários conselheiros e o Poder Executivo
- *Subcategoria 2.2* Limitação quanto à autonomia dos usuários conselheiros
- *Subcategoria 2.3* Deficiências relacionadas à estrutura física, transporte e insumos para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde
- *Subcategoria 2.4* Necessidade de maior mobilização popular para a efetivação do Controle Social

CATEGORIA 1. Entendimento dos conselheiros usuários municipais sobre Controle Social

Subcategoria 1.1 Função fiscalizadora

Quando questionados sobre a concepção de controle social que possuíam, a maioria dos conselheiros demonstrou pensamentos relacionados

muitas vezes a questões muito específicas, como o do médico que chegou atrasado, do enfermeiro que foi embora mais cedo, do funcionário que não tratou bem o paciente, da obra do posto que está paralisada, da falta de medicação na Unidade de Saúde, da ambulância que não transportou o doente, do exame que não foi feito e assim sucessivamente.

Estas concepções corroboram com os achados de uma pesquisa realizada no município de Colombo (PR), onde grande parte dos conselheiros respondeu que sua principal função é fiscalizar, demonstrando certo grau de imaturidade e desconhecimento sobre seu papel¹⁴.

Questões relacionadas à discussão, ao debate e aprovação do Plano Municipal de Saúde, à definição de prioridades para a saúde pública e à aplicação dos recursos financeiros ou conferência de balanços da Secretaria, não foram citadas pela maioria dos conselheiros, como pode-se observar nas falas dos entrevistados:

O controle social é quando você olha o remédio, o atendimento, se a verba que vem para o seu posto de saúde é implantada. Nós somos os fiscais, porque o dinheiro é nosso, é dos nossos impostos (...) saber se o médico está cumprindo o horário, às vezes a gente só olha o atendente e esquece o nível superior (...). (Conselheiro 1)

Então o conselheiro deve ir lá, in loco, no almoxarifado, ver se as compras dos medicamentos foram feitas de verdade, saber se os medicamentos estão chegando na Unidade Básica de Saúde, fiscalizar a data de validade desses medicamentos(...). (Conselheiro 2)

É o controle do funcionário, o controle do remédio, o controle de todo mundo. (Conselheiro 6)

(...) é o controle dos recursos, como eu falei anteriormente, e depois o controle social com relação aos funcionários e depois a comunidade. (Conselheiro 5)

Percebe-se que essas falas demonstram uma ideia do controle social relacionado à função fiscalizatória, sobrepujando as demais funções do conselheiro, aproximando-se também do campo da sociologia, onde a denominação “controle social” é utilizada para definir o processo de conformação do comportamento humano, isto é, uma forma em que “todos vigiam todos”, seja por meio de mecanismos institucionalizados (Estado, polícia, leis), pelo compartilhamento de valores e percepções fruto de padrões culturais (religião, escola, arte e ciência) ou de maneira inconsciente e não planejada, servindo para contrapor comportamentos desviantes¹⁵.

Hoje se você pensar na instalação de uma unidade, no funcionamento da mesma, na saúde do jovem, do idoso, da gestante, do recém-nascido, tudo envolve o controle social. (Conselheiro 4)

(...) esse tipo de trabalho que eu faço já ajuda muito no controle social, porque quem procura o SUS normalmente são pessoas de baixo poder aquisitivo, então se eu me preocupo com a medicação, com a seringa, isso já é uma parte social. (Conselheiro 3)

Aproximando-se do entendimento dos entrevistados, Oliveira¹⁶ assegura que nos Conselhos de Saúde tem-se presenciado uma exacerbação da função fiscalizatória, envolvendo principalmente o atendimento à saúde no que tange ao comportamento dos funcionários. Demandas essenciais das políticas

públicas, como o diagnóstico situacional e as carências de saúde, a definição de prioridades na Agenda de Saúde do município, a elaboração conjunta do Plano Municipal de Saúde com ações e estratégias que visem atender as necessidades da população, a análise do Relatório de Gestão e outros, não são priorizadas pelos usuários conselheiros.

Ressalta-se que devido ao fato dos serviços de saúde continuar apresentando inúmeras deficiências no acesso e no atendimento, justifica-se plenamente o fato dos conselheiros aproveitarem as reuniões do Conselho para expressar queixas e reivindicações, havendo a ilusão de que a fiscalização é o próprio controle social e não apenas uma parte dele¹⁶.

Neste sentido, corrobora-se com Simões e col.¹⁷ ao afirmarem que a participação popular é validada pelos Conselhos e Conferências de Saúde que compõem fóruns importantes para as discussões e as tomadas de decisões na gestão das ações e dos serviços de saúde. Assim, o conselho deve ser um espaço de aprendizagem cidadã em que a capacitação dos conselheiros não pode ser reduzida ao papel de “cão de guarda” ou de domesticá-lo frente à verticalidade do poder¹⁶.

O Conselho de Saúde deve participar de todas as etapas do Planejamento em Saúde do município, por se constituir um órgão com poder de decisão, de formular, acompanhar e fiscalizar a execução da política de saúde. Portanto faz-se necessário que os conselheiros compreendam que cabe ao Conselho acompanhar os orçamentos do município, criar propostas, discutir e aprovar ou não os projetos da Secretaria Municipal de Saúde, fiscalizando a sua execução e exigindo prestação de contas sempre que a plenária achar conveniente¹⁸.

CATEGORIA 2. Principais dificuldades enfrentadas pelos conselheiros usuários municipais para a efetivação do controle social

Subcategoria 2.1 Dificuldade na relação dialógica entre os usuários conselheiros e o Poder Executivo

Constatamos que as principais dificuldades apontadas pelos conselheiros participantes dessa pesquisa foram semelhantes com o estudo de Duarte e Machado¹⁹ no tocante à realidade dos Conselhos de Saúde no Brasil, onde os principais “nós-críticos” eram: a baixa influência e a dificuldade dos conselhos de saúde em deliberar de forma instruída sobre a gestão da saúde no âmbito municipal; a existência de conselhos como mero cumprimento de legislação; a cultura do controle social carente de consolidação na prática dos municípios; e da atuação do colegiado com a participação incipiente da população.

Grande parte dos sujeitos sociais entrevistados entendeu que a relação com o poder executivo não é favorável ao desenvolvimento do controle social, já que os políticos ainda percebiam os Conselhos como um entrave a sua gestão, e não como um parceiro.

Os discursos de alguns conselheiros referem-se a uma relação dialógica difícil entre gestor e conselheiro:

(...) falta de entrosamento entre gestor e conselheiro, pois o gestor acha que os conselheiros são um calo no sapato deles (...). (Conselheiro 2)

(...) se não há essa abertura de diálogo entre o gestor e o Conselho, há uma dificuldade muito grande de a gente fazer saúde pública e saúde realmente para todo cidadão. (Conselheiro 7)

Não é fácil, é uma luta porque tem interesses. O poder público vai tá querendo 'podar', porque existe uma certa divisão de poder e divisão de poder não é uma coisa fácil, uma coisa simples. (Conselheiro 6)

A secretaria chama a gente de pelotão de choque, mas a gente tá defendendo uma população que não tem quem defenda ela. (Conselheiro 16)

Esses discursos corroboram com Domingues²⁰ ao afirmar que as relações problemáticas com o poder Executivo, muitas vezes autoritário, resultam na falta de autonomia dos Conselhos e na vigência de práticas clientelistas.

Assim, apesar da existência legal de mecanismos de controle social observa-se a existência de diferentes posições de poder no processo de deliberação e tomada de decisões podendo revelar uma tradicional relação que se constitui entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às discussões sobre políticas públicas uma vez que muitos gestores permanecem imersos na cultura do autoritarismo e a minoria vê no controle social um parceiro importante, ou seja, um instrumento de fortalecimento da própria gestão^{21,22}.

Essa situação também foi evidenciada em um estudo realizado por Duarte e Machado¹⁹, em que para a maioria dos conselheiros entrevistados, a postura do gestor tem influência direta sobre a atuação do Conselho, haja vista que a população é percebida como mera receptora e favorecida de ações, sendo responsabilidade do representante estatal decidir sobre como e quando ofertar tais favores ou benefícios²².

Subcategoria 2.2 Limitação quanto à autonomia dos usuários conselheiros

Uma parcela significativa dos conselheiros indicou a falta de autonomia da instância como um grande obstáculo ao seu adequado funcionamento, principalmente no que se refere à ausência de poder deliberativo do Conselho, como pode-se verificar nas falas abaixo:

(...) nós não temos, como conselheiros o poder de mando e o máximo que podemos fazer é propor e esperar o retorno. Todo esse movimento social seria efetivo se nós tivéssemos poder de determinar e definir; e isso não acontece atualmente, infelizmente. (Conselheiro 8)

Muitas vezes nós como conselheiros não somos deliberativos, somos apenas propositivos e não decidimos, infelizmente essa é uma realidade que tem que ser bem colocada. (Conselheiro 9)

Deveria ter uma independência, tanto financeira, para não depender da secretaria em nada, como de decisão. (Conselheiro 15).

Esse aspecto que retrata a limitação da autonomia e papel do conselheiro quanto à tomada de decisões, representa um desafio importante na realidade brasileira para que se crie resistência à redução de políticas de saúde, pois apenas as deliberações dos conselhos não garantem o cumprimento decisório das políticas, como requisitado e defendido nas leis que regulamentam a participação social²³.

Para tanto, lembra-se que os Conselhos de Saúde foram criados com a finalidade de identificar, fiscalizar e cobrar solução para os problemas que a

população encontra nessa área e, sobretudo, para deliberar sobre as políticas públicas de saúde. Mas, muitas vezes o prefeito não se comunica com o Conselho de Saúde e apenas o mantém porque a existência desse colegiado está vinculada ao recebimento de verbas federais para a Saúde¹⁸.

Conforme o que preconiza as diretrizes do SUS, o gestor municipal deve discutir as propostas do governo com os conselheiros, por intermédio do secretário de saúde, acatando suas decisões quando elas forem consensuais, ou seja, conforme o resultado da votação da maioria no Conselho¹⁸.

Dessa forma, espera-se de um conselheiro a insubmissão e o livre arbítrio no que diz respeito às suas decisões. Ele jamais pode se intimidar, já que a sua atuação está respaldada pela lei. E, se de alguma maneira a decisão do Conselho for desrespeitada, o colegiado deve se lembrar de recorrer a outras instâncias, como o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o poder legislativo, o poder judiciário, os órgãos de defesa do consumidor, mas principalmente ao Ministério Público. Se for necessário, o conselheiro pode apelar também para a imprensa, desde que encontre nela receptividade para as suas denúncias¹⁸.

Subcategoria 2.3 Deficiências relacionadas à estrutura física, transporte e materiais para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde

A ausência de estrutura básica para realização dos encontros entre os conselheiros, para a locomoção dos mesmos e a ausência de materiais necessários para o funcionamento do Conselho também foram citados pelos entrevistados como empecilhos ao exercício do controle social:

(...) o que falta no Conselho é estrutura para o conselheiro. (Conselheiro 1)

Você só recebe às vezes um transporte (...). (Conselheiro 3)

(...) a falta de estrutura no sentido de nos dar condições de ir em cada unidade de saúde. Se eu tiver que fazer isso vai ser do meu bolso, o Conselho não disponibiliza vale transporte, não disponibiliza um transporte (...). (Conselheiro 14)

(...) a falta de estrutura e logística para o Conselho, nós não temos uma sede própria que seja adaptada para ser um Conselho, que não tem um plenário um pouco mais confortável, com total disposição de materiais, total logística de transporte, termina atrapalhando muito o serviço e o movimento do controle social. (Conselheiro 8)

As questões relacionadas em torno dos orçamentos públicos constituem-se em entraves para a efetividade do controle social sobre as políticas públicas em nível macroeconômico e políticos, dada a predeterminação das definições em torno especialmente no que tange aos gastos sociais¹⁰.

Em relação ao suporte para locomoção, sede e recursos materiais, o Ministério da Saúde preconiza que “os organismos de governo estadual e municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária”^{6:03}. A garantia das condições mínimas para que o conselheiro possa atuar é responsabilidade da Secretaria de Saúde e eles próprios devem exigir do gestor essas condições. Nas entrevistas realizadas, alguns conselheiros se posicionaram sobre esse aspecto, como pode ser observado nas falas abaixo:

O CMS deveria ter uma verba própria lá para se desvincular da secretaria de saúde, para mostrar a sua independência, porque até uma xerox eu tenho que pedir a secretaria(...) o Conselho está sempre dependendo da Secretaria de Saúde, parece que ele é uma sub-secretaria, parece que os conselheiros são subordinados a ela e não deveria ser assim. (Conselheiro 5)

O próprio Conselho hoje não tem um orçamento que seja gerenciado pela mesa do Conselho. Um orçamento financeiro próprio, eu acho que nós temos que avançar para isso. (Conselheiro 6)

Domingues²⁰ afirma que a falta de estrutura física, equipamentos e orçamento é uma dificuldade para os Conselhos sejam mais atuantes já que limita a sua autonomia, ou seja, muitos não têm sede própria, computador, impressora, acesso à internet, linha telefônica e outros, tornando-os dependentes das Secretarias de Saúde.

O conselheiro deve lembrar que ele delibera sobre a proposta orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde e nessa proposta deve constar uma dotação orçamentária específica para as funções do Conselho, incluindo gastos com deslocamento e manutenção dos conselheiros quando participarem de eventos fora do seu município ou locais, transporte, compra de materiais e outros. A utilização da verba deve ser feita de forma transparente pelo colegiado e a prestação de contas deve ser submetida à plenária¹⁸.

Subcategoria 2.4 Necessidade de maior mobilização popular para a efetivação do Controle Social

A mobilização da sociedade é considerada pela maioria dos conselheiros como um requisito fundamental na consolidação do controle social. No entanto, a participação da população não é uma realidade no cenário atual, como retratam as falas dos entrevistados:

(...) eu acho que a população precisa se envolver ainda mais (...). (Conselheiro 10)

A população tem que entender que a saúde no Brasil é feita com a participação de atores, desde usuários, gestores públicos, trabalhadores e prestadores. Todos são responsáveis pela engrenagem chamada de controle social e todos têm interesse. (Conselheiro 13)

(...) a gente realiza um trabalho de conscientização da população em termos de que é preciso participar, atuar (...). (Conselheiro 11)

A população precisa ser mais atuante, fazer uma cobrança maior, porque ela leva ao conhecimento seu, mas eles mesmos não cobram... Muitas vezes um pede, mas se tiver dois, três, quatro pedindo a representação é maior. Então eu acho que é mais fácil da solicitação ser atendida, não é só o Conselho que deve cobrar, o pessoal também. (Conselheiro 3)

Ainda estamos longe de um controle mesmo, porque o povo ainda não abriu os olhos e poucos lutam pelo que é de muitos. (Conselheiro 12)

A exigibilidade do direito à saúde necessita que a população se aproprie dos princípios, diretrizes e avanços do SUS e desenvolva uma consciência sanitária. A própria Lei 8.080/90 diz no seu Art. 2º que a saúde é um direito indispensável do ser humano, devendo o Estado prover as condições ao seu pleno exercício, no entanto o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade²⁴.

Domingues²⁰ ressalta que na população predomina a cultura da apatia e desmobilização. A mesma não consegue perceber ainda o quanto de direito ela tem em relação à saúde pública. Destarte, essas características expõem a prevalência histórica de relações político-sociais, marcadas pelo signo da submissão e do favor o que fundamenta a pouca experiência da sociedade com a democracia e a concepção de cidadania, determinando a formação política e cidadã dos brasileiros²⁵ e caracteriza o controle social como algo extremamente recente para quem estava acostumado ao coronelismo e regimes ditatoriais.

Além disso, deverão ser desenvolvidas ações de mídia para socializar informações sobre o direito à saúde, inclusive no que se refere às ações dos Conselhos de Saúde, o que são, para que servem, já que muitas vezes a comunidade não tem ciência que essas instâncias existem. Deve-se usar prioritariamente as mídias televisiva e radiofônica, por exemplo, as rádios comunitárias, além de criarem uma espécie de boletins informativos ou outros materiais para a divulgação de suas atividades e dos direitos dos cidadãos^{18,24}.

Conclusão

O presente estudo permitiu a análise da concepção dos conselheiros representantes dos usuários sobre o controle social, os quais revelaram em sua maioria compreendê-lo como função fiscalizatória direta em detrimento das funções deliberativa e avaliadora do Conselho, isto é, o colegiado é compreendido basicamente como instância de acompanhamento e fiscalização, no sentido de que sua intervenção não é exposta como uma forma de construção das políticas públicas do município.

Questões como a participação no processo de Planejamento em Saúde, a participação na elaboração da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, Quadro de Metas, do Orçamento da Saúde, a análise e avaliação do Relatório de Gestão e o acompanhamento da execução das ações definidas no Plano de Saúde raramente apareceram no discurso dos conselheiros, sendo que alguns deles entendiam por controle público o controle da comunidade, aludindo dessa forma ao campo das ciências sociais.

Assim, nota-se que apesar dos usuários estarem representados na arena das decisões políticas no campo da saúde, as desigualdades que marcam as relações sociais no Brasil reproduzem-se no interior dos Conselhos, limitando a participação política dos grupos populares. Esse fato indica que toda a política de controle social perpassa, antes de tudo, por uma formação educacional da população brasileira, que vise o desenvolvimento da cidadania e da consciência política, já que sem educação de qualidade não podemos ter a saúde que queremos, mesmo com a garantia da participação popular.

Os entrevistados puderam ainda expressar a existência de obstáculos que interferem no exercício do controle social, apresentando uma congruência em seus discursos, levando a crer que se isso ocorre, é porque faz parte da realidade experienciada pelos sujeitos.

Além disso, foram evidenciados os aspectos da prática cotidiana do Conselho que dificultam a efetivação dos princípios constitucionais a ele designado, tais como: dificuldade na relação entre os usuários conselheiros e o poder executivo, limitação quanto à autonomia dos usuários conselheiros,

deficiências relacionadas à estrutura física, transporte e materiais, além da necessidade de maior mobilização popular para a efetivação do Controle Social. Todos esses fatores inibem o exercício do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju.

No entanto, acredita-se que a superação destas dificuldades requer um maior empenho por parte dos próprios conselheiros, além de uma melhor atuação do poder público no sentido de que as ações dos conselhos de saúde não se restrinjam meramente ao cumprimento da determinação legal.

Com esse estudo não pretende-se minimizar a importância dos Conselhos de Saúde nem afirmar a sua inviabilidade, mas apenas indicar as limitações dessas instâncias que indubitavelmente são uma grande conquista democrática. No entanto, é preciso que o “jogo de forças” que caracterizam esses espaços sejam extintos, a fim de que deixem de ser apenas um instrumento legal e passem a concretizar um local realmente democrático. Creio que as relações de conflitos, inclusive de interesses sempre existiram, inclusive dentro de instâncias democráticas, instrumentos de participação. Esses conflitos fazem parte deste processo democrático. É necessário apenas mediá-las a fim de atender os interesses da maioria e o bem comum.

Além disso, torna-se necessário democratizar a comunicação com a sociedade, a fim de alcançar uma maior visibilidade do direito à saúde. Isso pode ser feito por meio da divulgação permanente de informações sobre as ações de promoção, sobre os serviços de prevenção e assistência do SUS, assim como disseminação de dados epidemiológicos, programas e projetos da comunidade científica, entre outros. Não esquecendo que é preciso ir além, investindo em práticas e relações nas quais os participantes, reconhecendo suas diferenças, possam falar e ouvir, mudar ou acrescentar, ou seja, mais do que transmitir informações e conhecimentos é necessário permitir o diálogo e a abertura para a diferença.

É preciso ter a premência de construir nos Conselhos de Saúde artefatos radicalmente popular, não apenas atuando no controle social por meio da formulação, fiscalização e acompanhamento das questões públicas, mas também, tendo o poder de modificar planos e políticas e de intervir, portanto, em algo já apresentado ou definido. Quem sabe, dessa forma, os princípios e diretrizes do SUS seriam de fato colocados em prática.

Referências

1. Mateos SB. A construção da democracia participativa. *Desafios do Desenvolvimento*, Brasília, n. 65, 2011, p. 18-33.
2. Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006.
3. Ministério da Saúde. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.
4. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília-DF, 1990.
5. Correia MVC. *Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

6. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142. 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 da outras providências. Brasília-DF, 1990.
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 333. Brasília-DF, 2003.
8. Simões AV. Controle social na estratégia saúde da família: concepções e ações dos usuários e trabalhadores de saúde. [dissertação]. [Jequié]: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010.133p.
9. Presidência da república. Casa Civil. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências, Brasília-DF, 2014.
10. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. 2013; 37(96): 139-47.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> (acessado em 31/Jul/2014).
12. Minayo. MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. Ed-São Paulo: Hucitec, 2010.
13. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2011.
14. Martins CS, Sartori MT, Dietrich HLD, Klem FB, Dallagnol C, Albuquerque GSC, Perna PO, Mehanna S. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde em Debate*. 2013; 37(98): 437-45.
15. Crubellate MJ. Participação como controle social: uma crítica das estruturas organizacionais flexíveis. *RAE eletrônica*. 2004; 3(2): 1-18.
16. Oliveira CV. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. p.29-43.
17. Simões AV, Sampaio DMN, Bittencourt IS, Sales ZN, Boery EM. Modelos de atenção à saúde e estratégias de controle social. *Rev Saúde.Com*. 2011; 7(1): 33-43.
18. Ministério da Saúde. Guia do Conselheiro: curso de capacitação dos conselheiros municipais e estaduais de saúde. Brasília-DF, 2002.
19. Duarte EB, Machado MFAS. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde Soc*. 2012; 21(Suppl 1):126-37.
20. Domingues BC. A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à práxis democrática. *Rev. RADIS-Comunicação em saúde*. 2007; (53):12-21.
21. Saforcada E, Lellis M, Mozobancyk S. *Psicología y Salud Pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós; 2010.
22. Paiva FS, Stralen CJV, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema *Cienc Saúde Col*. 2014; 19(2):487-98.
23. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidades formativa das relações institucionais. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc; 2006. p.369-84.
24. Ministério da Saúde. *Participa SUS: Política Nacional de gestão participativa para o SUS*. Brasília-DF, 2004.
25. Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc*. 2012; 21(Suppl 1):138-51.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Departamento de Saúde
Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho – Campus
Universitário.
Jequié– Bahia – Brasil
CEP 45206-190

Recebido em 02/03/2013

Aprovado em 20/07/2014