

O Sistema Único de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde e a formulação de políticas públicas de saúde

Felipe Giolo TELINI
Centro Universitário de Franca Uni-FACEF
felipe_telini@hotmail.com

Carla Aparecida Arena VENTURA
Centro Universitário de Franca Uni-FACEF
caaventu@gmail.com

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se no pressuposto de acesso e universalização da saúde no Brasil. Considerando a sua importância, esta reflexão teórica busca compreender o processo de criação e institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil e identificar as implicações deste controle social da saúde para o desenvolvimento regional. Por promover principalmente a participação popular, os Conselhos Municipais de Saúde trazem para junto de si o cidadão, que ao se tornar conselheiro, deve promover a saúde tanto individual quanto coletiva, exercendo sua cidadania e contribuindo para o desenvolvimento social em sua localidade. Por ser um sistema inovador, o processo de descentralização encontra-se em fase de adaptação e para que ele consiga atuar com efetividade, mudanças nas políticas de saúde e na própria cultura da sociedade devem ocorrer.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Desenvolvimento Regional.

Abstract

The Single Health System is based on the assumption of universal access to health care in Brazil. Considering its importance, this study aims at understanding the process of creation and institutionalization of the Municipal Health Councils in Brazil and showing the implications of health social control to regional development. As it promotes the participation of the population, the Municipal Health Councils are close to the citizens who become counselors with the responsibility to promote individual and collective health. As counselors, the citizens give voice to the exercise of rights and contribute to the social development of their municipality. As it is an innovative system, the decentralization process is in an adaptation stage and is influenced by the culture of the society.

Keywords: Single Health System, Municipal Health Council, Regional Development.

Introdução

Criado como uma resposta ao descontentamento existente entre a população com relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde no país, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização da saúde foram aprovados durante a VII Conferência Nacional de Saúde, ocasionando uma reviravolta na política de saúde existente no Brasil, idéias estas que passam a ser consolidadas por meio da Constituição de 1988 e das Leis 8080/90 e 8142/90.

Inovando não apenas no que diz respeito à saúde, a Constituição define o setor de Administração Pública, uma vez que disponibiliza em seu Título III um capítulo específico sobre a administração pública que é segundo Tavares (1992, p. 21), “o conjunto das pessoas coletivas públicas, seus órgãos e serviços que desenvolvem a atividade ou função administrativa.”

Apesar da conquista de um respaldo jurídico sólido para legitimação do SUS, cogitou-se a necessidade do detalhamento da prática do sistema, com algo que dispusesse claramente sobre as ações rotineiras da saúde. Desse modo, foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas (NOB), com as transformações expostas na Constituição e nas Leis Orgânicas. Posteriormente, com a intenção de superar os desacordos provenientes das NOB, foi editado o Pacto pela Saúde, que tem como seu objetivo principal promover inovações nos processos e instrumentos de gestão nas três esferas do governo.

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

Este estudo apresenta como objetivos compreender o embasamento legal e político que levou a criação dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias de controle social da saúde no país e identificar as implicações do controle social da saúde para o desenvolvimento social e humano.

Portanto, trata-se de uma reflexão teórica sobre o processo de criação e institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil e as implicações deste controle social da saúde para o desenvolvimento regional. A pesquisa baseia-se na revisão da literatura publicada em bases de dados como Scielo, Pubmed, Medline, ProQuest, Cochrane, Cinahl, Ebsco Host, bem como em publicações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil. Por meio desta reflexão com base na revisão das publicações sobre o tema, pretende-se contribuir com uma compreensão mais direcionada sobre a influência do controle social da saúde, por meio dos Conselhos Municipais, para o desenvolvimento regional. Considerando a saúde como determinante do desenvolvimento, a participação das pessoas na construção das políticas locais de saúde pode constituir-se em um mecanismo fundamental de consolidação do direito à saúde e de efetivo exercício da cidadania por parte da população.

Dessa forma, este artigo apresenta três eixos temáticos integrados ao seu objetivo central: o Sistema Único de Saúde e sua regulamentação pela Administração Pública; a

evolução e a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil; e o Controle Social da Saúde e sua influência para o Desenvolvimento Regional, discutidos a seguir.

2. O sistema único de saúde e a sua regulamentação no âmbito da administração pública

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como resposta ao “movimento sanitário”, iniciado entre os anos 70 e 80 por diferentes grupos da sociedade, cujo objetivo era criar um sistema público que solucionasse os inúmeros problemas que a população encontrava no atendimento à saúde. Aprovado no ano de 1986, em plena transição democrática, na VII Conferência Nacional de saúde, o movimento era orientado pela idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a população, deve fazer o que for preciso para que isso aconteça (BRASIL, 2010).

A proposta de criação do SUS, juntamente com a municipalização da saúde, ocasionou uma reviravolta na forma de como a questão da saúde vinha sendo tratada no país. Posteriormente, essas idéias foram consolidadas e regulamentadas pela Constituição de 1988 e pelas Leis 8080/90 e 8142/90.

A Constituição Cidadã não é inédita apenas no setor da saúde. Inovou, também, ao disponibilizar no seu Título III, um capítulo específico para a administração pública, detalhando-a enquanto estrutura governamental e enquanto função. Em seu art. 37, a Constituição determina que a administração pública, seja ela direta (administração federal) ou indireta (entidades, com personalidade jurídica própria), de qualquer esfera do governo, deve obedecer além dos diversos preceitos expressos, os princípios (MORAES, 2006): da legalidade, que estabelece que o Estado deve se submeter ao império da lei; o princípio da impessoalidade, que impõe ao administrador público que seus atos devem ter como finalidade o interesse público; o princípio da moralidade, por meio do qual o administrador não deve somente cumprir a lei, mas também respeitar os princípios éticos da razoabilidade e justiça; o princípio da publicidade que se dá pela divulgação de atos públicos por meio do Diário Oficial ou por edital afixado em lugar próprio; e o princípio da eficiência, que estabelece que os agentes públicos devem agir com rapidez, presteza, perfeição e rendimento.

A administração pública pode ser definida objetivamente como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve para a consecução dos interesses coletivos e, subjetivamente, como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui o exercício da função administrativa do Estado (MORAES, 2006, p. 295).

Embasado no art. 196 da Constituição, o modelo adotado para o SUS consubstanciou-se em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (YUNES, 1999). Apesar da conquista de um respaldo jurídico sólido para a sua legitimação, constatou-se a necessidade de detalhar o sistema com algo que dispusesse sobre as ações rotineiras de saúde. Para que isso ocorresse, foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas (NOB), com as transformações expressas na Constituição e nas Leis Orgânicas (FADEL, et al., 2009).

Pode-se dizer que a Norma Operacional Básica é a portaria do governo federal que define os objetivos e as diretrizes traçadas para o processo de descentralização e das relações entre as esferas do governo. A NOB possui um caráter passageiro, podendo ser reeditada ou alterada em qualquer momento (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Incidiram no sistema de saúde brasileiro quatro NOB: a NOB INAMPS/ 91 (BRASIL, 1991), NOB 01/92 (BRASIL, 1992), SUS/93 (BRASIL, 1993) e SUS/96 (BRASIL, 1996). Em cada uma destas publicações, novas formas de participação dos gestores, estados e municípios

foram incorporadas ao sistema. Sendo assim, as NOBs, a sua maneira, ajudaram a trilhar o caminho rumo à descentralização e ao financiamento da política de saúde.

Editada pela presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a NOB INAMPS/91 transplanta para os serviços públicos a mesma lógica do financiamento já existente, atendendo dessa maneira aos interesses do próprio instituto.

A NOB 01/92, elaborada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS), apesar de manter o mesmo modelo de financiamento estabelecido pela NOB anterior, inovou por ser um “produto” de consenso da SNAS/MS, do CQNASS, do CONASEMS e do INAMPS. A NOB 01/92 inovou também ao apresentar em seu texto elementos vitais da Constituição e das Leis Orgânicas e recuperou, principalmente na sua Introdução, elementos constitutivos da descentralização, como por exemplo: autonomia e democracia, e sua concorrência com a centralização, além de princípios norteadores como: a flexibilidade, progressividade, transparência e controle social. Apesar de manter o modelo de financiamento já existente, essa nova NOB caminhou em direção à descentralização, uma vez que avançou no que diz respeito a elementos e princípios da descentralização, encarregando os municípios de novas responsabilidades administrativas (SCATENA; TANAKA, 2001).

Após o aumento do número de cidades que passaram a se adequar aos critérios estabelecidos pelas duas NOB anteriores, as pressões de grupos políticos, prefeitos e secretários municipais aumentaram, exigindo uma maior descentralização, e visando o controle da saúde em âmbito local, principalmente os recursos financeiros disponíveis.

Aprovada em 15 de abril de 1993 e publicada em 20 de maio do mesmo ano pelo Ministério da Saúde, a NOB 01/93 é a primeira que define o processo de descentralização nos três níveis de governo. Como os diferentes estados e municípios brasileiros se encontram em estágios distintos de evolução, essa nova NOB instituiu para os municípios as condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena e para os estados a parcial e semi-plena, permitindo que cada estado e município se adequasse ao sistema de acordo com o seu processo evolutivo.

Com o processo de descentralização em crescimento e os municípios adequando-se às normas estabelecidas, os estados passaram a ficar em segundo plano no âmbito da gestão dos serviços públicos de saúde nacional. Frente a este novo contexto político, a NOB 01/96 vai ao encontro do equilíbrio entre os atores sociais envolvidos na gestão do SUS, redefinindo as responsabilidades da União e estados, induzindo estratégias de descentralização (FADEL et al., 2009).

Frente ao próprio avanço da descentralização e a todos os problemas e obstáculos decorrentes desse processo, foi publicada em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que versa sobre a “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. A NOAS utiliza o reconhecimento da regionalização da atenção à saúde como uma estratégia para que os princípios da universalidade, equidade e integralidade possam se firmar, caminhando também rumo à descentralização. Desse modo, os gestores municipais poderiam oferecer, além de serviços intrínsecos à atenção à saúde, serviços de maior complexidade e, assim, ter mais liberdade para organizar a demanda regional (FADEL, et al., 2009).

Publicada em 2002, a NOAS 01/02 pode ser vista com uma revisão de sua antecessora. Dessa forma, a partir da publicação da NOAS 01/01, diversas atividades foram desencadeadas e juntamente com elas os entraves e artifícios para que as suas novidades fossem incluídas levaram à publicação da NOAS 01/02. A NOAS 01/02 visa diminuir esses entraves oferecendo as alternativas necessárias para que as dificuldades procedentes de sua implantação fossem superadas.

Outrossim, apesar da tentativa de formulação de alternativas para que os entraves fossem superados, a evolução da descentralização não se encontrava no mesmo “momento” em todos os estados, necessitando assim uma nova forma de superar esses desacordos. Nesse sentido, em 22 de fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria GM/MS nº 399 tornando público o Pacto pela Saúde (PS).

Com o objetivo de promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos, o PS promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão da saúde nas três esferas do governo (União, estados e municípios). As três esferas podem aderir ao Pacto por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TGC) que é renovado anualmente, substituindo os processos anteriores de habilitação e estabelecendo metas e compromissos para cada ente da federação (FADEL, et al., 2009; BRASIL, 2010). Não obstante, a transferência dos recursos financeiros sofreu modificações e passou a ser dividida em seis grupos de repasses: atenção básica, média e alta complexidade da assistência, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos em saúde.

Posteriormente, o Pacto pela Vida representou no SUS o movimento de gestão pública por resultados, fixando metas nacionais, estaduais e municipais que causassem impacto na situação de saúde da população brasileira. Esses compromissos devem ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas (FADEL et al., 2009).

O Pacto em Defesa do SUS expressou ainda os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articulou ações para qualificar e assegurar o SUS como política pública. Expressou o movimento de repolitização da saúde, com uma estratégia de mobilização social e buscou um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes federados, além de incluir regulamentação da emenda constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2006; 2010).

O Pacto de Gestão do SUS valorizou também a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: Descentralização, Regionalização, Financiamento do SUS, Planejamento no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde, Educação na Saúde (BRASIL, 2006; 2010).

Após a regulamentação da Constituição de 1988 que descentralizou a gestão das políticas públicas de saúde no país, a Lei nº 8142 estabeleceu os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS, em todos os níveis, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, principalmente no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros.

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

3. Evolução e atuação dos conselhos municipais de saúde no Brasil

Ao descentralizar a gestão das políticas públicas de saúde e ratificar a participação da sociedade nos processos de tomada de decisão, a Constituição de 1988 revolucionou o campo de atuação da saúde no Brasil. A regulamentação das normas constitucionais propiciou inovações institucionais: conferências municipais, estaduais e nacionais temáticas e conselhos gestores de políticas públicas de caráter permanente correspondente. Os novos arranjos institucionais ampliaram a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas (VAN STRALEN, et al., 2006).

A regulamentação do preceito constitucional de participação comunitária no Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8142/90 levou à criação de um sistema de Conselhos de Saúde em cada esfera do governo, composto por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%). Essa mesma lei define de forma genérica a competência dos Conselhos de Saúde que:

Em caráter permanente e deliberativo, representam um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle de execução política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, §2º).

A competência dos Conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções nº 33, de 1992 e nº 333 de 2003), que procuram principalmente estimular o seu efetivo funcionamento e garantir a representação dos usuários. A Resolução nº 33 recomenda que o Presidente do Conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos (VAN STRALEN, et. al., 2006).

A Resolução nº 333 avança na mesma direção, pois busca fortalecer a representatividade dos Conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos Conselhos, inclusive por meio de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas. Atualmente, grande parte dos Estados e municípios possuem Conselhos de Saúde, e estima-se que estes mobilizem quase cem mil conselheiros de saúde, dos quais parte significativa se reúne pelo menos uma vez por mês (VAN STRALEN, et al., 2006).

A instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde. Os Conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica na reformulação das relações entre esses atores. Nessa perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (CORTES, 2002; VAN STRALEN et. al., 2006). Cabe ressaltar que ao assumir o papel de Conselheiro, o cidadão tem a obrigação e a responsabilidade de lutar pela promoção da saúde, tanto a individual quanto a coletiva (BRASIL 2008).

É aconselhável que todo Conselheiro tenha um mandato de dois anos e possa ser reeleito mais uma vez, obtendo assim um mandato total de quatro anos. Caso tenha sido reeleito, o Conselheiro tem que esperar mais dois anos para que possa se candidatar novamente ao cargo, estando ele sujeito a ser substituído antes do final de seu mandato e também perder o cargo por decisão do Conselho (BRASIL, 2008).

Toda a estrutura necessária para o funcionamento do Conselho é de responsabilidade do Departamento de Saúde ou das Secretárias de Saúde, o que se entende como por exemplo: espaço físico, recursos humanos, finanças. Apesar de ser um órgão independente em sua atuação, está inserido no Poder Executivo nos três níveis do governo. Deve ter um Colegiado Pleno formado por todos os Conselheiros e com uma Secretaria Executiva (sua função é acompanhar as deliberações do Conselho, dar apoio administrativo, suporte técnico em função da exclusividade do Conselho) (BRASIL, 2008).

Cada Conselho deve possuir o seu Regimento Interno, elaborado por si próprio, não podendo ultrapassar os limites da lei, devendo contemplar o pleno funcionamento. O Regimento pode ser alterado total ou parcialmente por meio de uma proposta feita por qualquer membro do Conselho e para ser validada deve ser aprovada por dois terços dos integrantes (BRASIL, 2008).

Os problemas que surgirem nos Conselhos, independentemente do nível ou instância em que se encontrem, devem ser resolvidos em um primeiro momento no próprio Conselho. Contudo, caso o Colegiado não consiga resolvê-lo, deve-se encaminhar o problema a uma instância de grau superior e assim por diante.

Como uma das funções mais importantes dos Conselhos é a fiscalização dos recursos gastos, eles devem receber com antecedência dos gestores das três esferas do governo, documentos que mostrem as receitas e despesas e relatórios que comprovem as ações executadas na atenção à saúde. Todos os documentos apresentados são encaminhados para a Comissão de Prestação de Contas que deve apresentar um parecer para análise e votação do Conselho (BRASIL, 2008).

De três em três meses, o gestor deve realizar a prestação de contas em audiências públicas, espaço em que deverá apresentar um relatório detalhado, contendo tudo o que foi desenvolvido nesse período de tempo. A prestação de contas não substitui a apresentação para análise e aprovação do Conselho de Saúde. Caso ocorra alguma irregularidade na prestação de contas de uma Secretaria ou Diretoria de Saúde, o Conselho deve procurar o gestor e se ele não resolver o problema, o Conselho deve recorrer ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

4. O controle social da saúde e o desenvolvimento regional

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

Ao estudar o assunto, Campos (2003) adverte que a participação e o controle social:

São as ações desenvolvidas pela sociedade civil organizada que tem por objetivo fiscalizar, monitorar e avaliar as condições em que a política está sendo desenvolvida (fiscalizar e avaliar a qualidade das ações; a aplicação de recursos públicos e o resultado das ações na vida dos assistidos). Também é a influência que a sociedade civil exerce na formação da agenda governamental na definição das prioridades para o município (CAMPOS, 2003, p.3).

Observa-se, então, que o cidadão ao se tornar Conselheiro da Saúde exerce a sua cidadania, podendo dar voz à visão da sociedade nas instâncias de decisão municipal. Nessa perspectiva, se as funções dos Conselheiros forem desempenhadas de maneira efetiva, os

representantes dos usuários poderão participar do processo de tomada de decisão sobre a saúde em seu município, contribuindo para o desenvolvimento social de sua localidade. Ainda, ao participar do movimento de desenvolvimento da saúde em seu município, com reflexos positivos na vida das pessoas, especialmente os usuários dos serviços de saúde que representa, estarão também de alguma forma influenciando o seu desenvolvimento humano.

Sendo assim, “a legitimidade das decisões políticas devem ter origem em processos de discussão, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum” (TENÓRIO, 2005, p.105).

Desse modo, é importante que nos Conselhos Municipais de Saúde exista uma relação de co-responsabilização de todos os membros, com o intuito de possibilitar alternativas para o avanço da saúde. Pode-se afirmar, portanto, que esta instância de controle social possui a potencialidade de exercer um papel relevante para a sociedade, bem como para o desenvolvimento do município.

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

O desenvolvimento, na sua forma integral, não se limita ao processo de expansão quantitativa da economia, mas inclui a mudança qualitativa da sociedade e manutenção do equilíbrio entre as forças produtivas. O desenvolvimento de uma localidade deve resultar, então, do crescimento econômico acompanhado de melhoria na qualidade de vida e da saúde das pessoas. No Brasil, para a consolidação do direito à saúde, adotou-se o modelo do SUS, consubstanciado em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Com relação à descentralização, no SUS existem três níveis ou esferas, a nacional, a estadual e a municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Quanto ao atendimento integral, a atenção à saúde inclui desde medidas preventivas quanto medidas curativas das doenças, sendo elas individuais ou coletivas. A participação da comunidade, também chamada de controle social, envolve a participação na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde que ocorrem de quatro em quatro anos e, principalmente, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, em que ocorre a paridade, tendo os usuários direito a metade das vagas do Conselho, o governo tem um quarto e os trabalhadores mais um quarto.

O modelo do SUS, segundo se estatuiu nos diplomas legais, considera, assim, que a saúde não pode ser vista isoladamente, mas associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer, em consonância com a idéia de desenvolvimento social e humano adotada neste estudo. A responsabilidade pela saúde ocorre por conta dos municípios, com recursos técnicos e financeiros disponibilizados pela União e pelos estados (ROCHA, 1999; YUNES, 1999).

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

Constata-se, então, que para que os direitos sejam realmente vivenciados e exercidos pela sociedade, é ainda necessária no país maior conscientização política e social, seguida de sucessivas ações que visem à concretização dos direitos estabelecidos por lei, dentre eles o direito à saúde de todo brasileiro (SORRENTINO, 2001). A formação dos Conselhos Municipais de Saúde, como foros de discussão e controle das políticas de saúde, pode ser considerada uma destas ações na busca de garantia do exercício da cidadania dos usuários dos serviços de saúde.

Conclusão

Por se tratar de um sistema revolucionário no âmbito da saúde, ser considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e possuir uma fundação recente, o SUS ainda se encontra em fase de “evolução”, na busca de alcançar os princípios propostos pela Constituição de 1988, bem como pelas Leis nº 8080/90 e 8142/90.

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

Ao se tornar um conselheiro, o cidadão tem a obrigação e a responsabilidade de lutar pela promoção da saúde, tanto individual quanto coletiva em seu município. Estes processos de participação social e exercício da cidadania estão intimamente ligados à possibilidade de desenvolvimento do município e ao empoderamento dos cidadãos, incrementando o seu desenvolvimento como indivíduos e, como consequência, da sociedade.

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

Referências

- ALMEIDA, E.S. Contribuição à implantação do SUS: Estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93. São Paulo, 1995 [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- BARROS, M.E.D. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. In: *Ciênc. Saúde Coletiva*, 7(1):5-17,1996.
- _____. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: Canesqui A M, organizadora. In: *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. p.113-33.
- BRASIL. Cartilha para orientação aos conselheiros de saúde. São Paulo, 2008.
- _____. Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988.
- _____. Lei nº 8080. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990.
- _____. Lei nº 8142. *Diário Oficial da União*, 31 dez. 1990c.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução no 273/91. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/91. *Diário Oficial da União*, 7 jan. 1991.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria no 545. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, 24 maio 1993.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria no 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, 26 jan. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria no 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, 28 fev. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.
- CAMPOS, E. B. O Controle Social na Política de Assistência Social. IV Conferência Nacional de Assistência Social. Brasília-DF. Dezembro de 2003.
- CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. In: Sociologias; 4(7): 18-49, 2002.
- FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. In: Revista de Administração Pública [online]. 2009, 43(2): 445-56. ISSN 0034-7612.
- FURTADO, C. Teoria e política do desenvolvimento econômico. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. São Paulo: Atlas, 2006.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento. 1986. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/bmestar/dec86.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2010.
- ROCHA, J.C.S. Direito da Saúde. São Paulo: LTr, 1999.
- SANDRONI, P. Dicionário de economia. São Paulo: Atlas, 1994.
- SAÚDE. O que é o Pacto pela Saúde? . Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 25 out. 2010.
- SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. In: Saúde e Sociedade. 2001, 10(2): 47-74.
- SORRENTINO, M. (Coord.). Ambientalismo e Participação na contemporaneidade. São Paulo. Educ (PUC-SP), 2001.
- TAVARES, José. Administração pública e direito administrativo. Coimbra: Almeida, 1992. p. 21.
- TENÓRIO, F. G.; Revisitando o Conceito de Gestão Social. In: Revista Desenvolvimento em Questão. Editora Unijuí, ano 3, n. 5, 101-124, Jan/Jul. 2005.
- TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. 2007, 893-902.
- VASCONCELOS, M. A.; GARCIA, M. E. Fundamentos de economia. São Paulo: Saraiva, 1998.
- VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.
- YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. In: Revista de Estudos Avançados, 13(35): 65-70, 1999.