



## VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

### 40 anos de democracias: progressos, contradições e perspectivas

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

#### **CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E TERRITÓRIO**

---

BETTIOL LANZA, Líria Maria

Doutora em Serviço Social

Universidade Estadual de Londrina – UEL/PR BR

[liriabettiol@uel.br](mailto:liriabettiol@uel.br)

---



### Resumo

No final da década de 1980 a idéia de controle social da sociedade para as ações públicas foi incorporada à realidade das políticas sociais brasileiras, por meio de instâncias conhecidas como Conferências e Conselhos. Tais mecanismos deliberativos são reconhecidos na Constituição de 1988 e a partir daí foram amplamente espreitados na gestão pública. No caso da política de saúde, atualmente há conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros evidenciando a institucionalidade da proposta. O presente artigo objetiva refletir sobre o controle social em determinado território, entendido como lugar em que a vida das pessoas se manifesta em sua totalidade, portanto reveladora da forma como as pessoas organizam e vivem sua vida. Considerou-se que tal investigação permite analisar de forma aproximada as expressões do controle social em um território demarcado. A partir de uma pesquisa participante junto a um conselho local de saúde desde agosto de 2012, foi possível, por meio de acompanhamento sistemático na realidade investigada, compreender as permanências e os avanços na participação da sociedade na política de saúde brasileira nesse determinado território. São alvos da pesquisa oficinas, encontros e participação em debates públicos de saúde do referido conselho em que os dados apresentados foram colhidos. Evidenciou-se que o uso do território pela política de saúde, ainda restringe a sua porção geográfica e suas problemáticas, o que se replica na realidade investigada junto ao conselho. As potencialidades dos lugares não são identificadas e usadas no processo do controle social. Entendido como espaços de poder, a ausência do uso do território noutro sentido, tem favorecido o individualismo, assistencialismo e clientelismo e enfraquecido a dimensão coletiva da saúde. Por fim, verificou-se que os conselhos estão latentes quanto à articulação da força dos lugares para efetivação do controle social, reforçando a necessidade de acompanhamento, formação e assessoria do mesmo para que avancem nessa direção.

### Abstract

In the late 1980s the idea of social control of society for public actions was incorporated into the reality of Brazilian social policies, by known bodies such as conferences and councils. Such deliberative mechanisms are recognized in the 1988 Constitution and thereafter were widely espreitados in public administration. In the case of health policy, there are currently health councils in all municipalities highlighting the institutions of the proposal. This article reflects on the social control in a given territory, understood as a place where people's lives is manifested in its entirety, so revealing of how people organize and live your life. It was felt that such research can analyze approximately by the expressions of social control in a demarcated territory. From a participant survey of a local board of health since August 2012, it was possible, through systematic monitoring actually investigated understand the permanence and advances in society participation in Brazilian health policy in this particular territory. Are targets of research workshops, meetings and participation in public health debates of the council that the data presented were collected. It was evident that the use of the territory by health policy also restricts their geographical portion and their problems, which replicates actually investigated by the council. The potential of the places are not identified and used in the process of social control. Understood as spaces of power, the absence of land use in another sense, has favored individualism, paternalism and clientelism and weakened the collective dimension of health. Finally, it was found that councils are dormant regarding the articulation of the strength of places to effective social control, reinforcing the need for supervision, training and advising the same to make progress in this direction.

Palavras-chave: controle social na saúde; território; conselhos locais de saúde; participação social

Keywords: social control on health; territory; local boards of health; social participation



# 1 Controle Social na saúde e Território<sup>i</sup>

## 1.1 Introdução

A ideia de que sociedade civil deve controlar as ações do Estado, está presente no Brasil desde a Constituição de 1988. Associada a descentralização das políticas sociais, a diretriz da participação popular significou uma intencionalidade de aproximar as ações e serviços públicos da realidade dos territórios vividos em que estão os cidadãos e garantir sua participação no processo de desenvolvimento e monitoramento das mesmas. Tratou-se de um processo de redemocratização que culminou com a criação dos Conselhos de Direitos e as Conferências organizados nas três esferas de governo, no caso dos primeiros com a prerrogativa da paridade.

Uma das áreas que mobilizou diferentes sujeitos sociais na direção das alterações pretendidas foi à saúde, por intermédio do movimento sanitário que propôs a Reforma Sanitária como um projeto capaz de interferir tanto nas questões setoriais como para a mudança em curso no país. A partir dessa atuação, foi possível impetrar mudanças fundamentais, como a universalidade e a integralidade da atenção à saúde que compunham os princípios do Sistema Único de Saúde, implantado no Brasil desde 1990. Da mesma forma, a participação popular foi privilegiada com a adoção do controle social e na política de saúde brasileira é reconhecida pela Lei 8142/90 que significou a resposta aos anseios de movimentos populares, trabalhadores em saúde, intelectuais e outros atores sociais que reivindicavam tais alterações com a garantia da efetiva participação da sociedade civil.

O objetivo desse artigo é discutir o controle social na saúde a partir do aprimoramento da descentralização com a lógica territorial, reconhecendo outros espaços de controle social para além daqueles institucionalizados pela Lei 8142/90. Nesse sentido, abordou-se o controle social na perspectiva da totalidade de um projeto de democrático, bem como algumas reflexões sobre a sua densidade na política de saúde. Na sequência, procurou-se apresentar e analisar uma experiência em curso de controle social a partir de um conselho local de saúde, evidenciando os limites e as potencialidades que tal instância pode alcançar dialogando com as referências sobre o uso do território e as políticas públicas.

## 1.2 Democracia e controle social

Dentre os muitos estudos sobre a democracia na América Latina e especificamente no Brasil, dos quais destacou-se para essas reflexões o de Dagnino; Olvera; Panfichi (2006) ficou evidente que houve uma consolidação da perspectiva democrática no continente, no entanto, analisando o caso brasileiro pode-se afirmar que a compreensão do ideal democrático reduziu ao embate entre autoritarismo e democracia, no contexto das décadas de 1970-1980, fortalecendo a noção de democracia eleitoral em detrimento da democracia participativa. Vista como um fim em si mesmo, careceu de explorar demais dimensões, além do voto, empobreceu e dificultou no país a cultura democrática, ou como aponta os autores a partir de O'Donnel (2004) a percepção da democracia como um “modo de vida”.

Retomando as reflexões dos autores mencionados, a consolidação democrática na América Latina veio acompanhada de uma insatisfação social generalizada em termos de seus resultados nos campos da justiça social, eficácia governamental e inclusão política. As sociedades autoritárias e conservadoras de outrora foram reatualizadas em torno de um projeto democrático neoliberal que tem semelhanças semânticas com a democracia participativa, mas com conteúdo político diverso.

A participação como parte de um ideal democrático, para além da visão meramente instrumental, mas como uma necessidade humana é permeada de sentidos afetivos “sentimo-nos seguros, mais confiantes, trabalhando em sociedade” (Goldstein; Barcelos, 2008, p. 206). A captura da subjetividade dos sujeitos sociais pelo projeto neoliberal foi orquestrada pelo apelo ao voluntariado e a disseminação de entidades da sociedade civil organizada na dimensão da cooperação e não da efetiva participação social. No Brasil, a partir dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), vêm proliferar o número de ONGS; entidades do terceiro setor e outros arranjos para firmar a propaganda parceira público – privado. Sustentadas pelo discurso da excelência do privado *versus* a burocracia e baixa resolutividade do público, o tema do

Estado tem sido discutido pela via da sua incapacidade e do isolamento da sociedade civil e da sociedade política, portanto, aponta para a flexibilidade em torno do papel do Estado, motivo de preocupação para a consolidação da democracia no país.

Nesse quadro mais geral se insere o controle social enquanto um conceito polissêmico que decorre das diversas concepções de Estado e de sua relação com a sociedade civil. Interpretar e por em prática o controle social está intimamente ligado com o projeto democrático vigente.

Tal noção é incorporada na sociedade a partir da tendência contemporânea de perceber o Estado como arena de disputas e o controle social como recurso democrático. Para Correia (2012) visualizando o controle social como disputa pelo poder, o mesmo reconfigura a noção de sociedade civil como um espaço de luta de classes.

“Nessa perspectiva, conclui-se que o controle social poderá acontecer via políticas públicas. Desta forma, o controle social na perspectiva das classes subalternas envolve a capacidade destas, em luta na sociedade civil, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses” (Correia, 2012, p.299).

Como expresso pela autora, há uma potencialidade de realização do controle social nos marcos da sociedade atual. O que sugere que são necessárias algumas condições para que ele aconteça. Apropriando das reflexões de Dagnino et al (2006) a partir de O’Donnell (2004) sugere-se que a “democraticidade do Estado”, em seus diferentes graus em relação ao aparato burocrático; sistemas legais; discursos e práticas na direção de uma cidadania plena pode contribuir ou não para a efetivação do controle social.

Merece destaque a consideração de Wanderley (2012) sobre as divergentes interpretações sobre a democracia e sua efetiva capacidade de interferir na lógica liberal capitalista. São conhecidas às críticas sobre como o Estado e a classe hegemônica utilizam-se de suas funções para perpetuar e manter o modelo vigente, ou de como a democracia “sustenta” o próprio sistema capitalista. No entanto, para o autor, há também aqueles que “defendem uma democracia que seja participativa, pública, capaz de romper com as imensas desigualdades sociais e as incertezas sobre as reformas em curso e pretendidas pelos setores dominantes” (Wanderley, 2012, P.26).

Evidencia-se que no Brasil, assim como em muitos países da América Latina, a democracia participativa é um desafio teórico-prático. No entanto, corrobora-se com Dagnino *et al* (2006) ao enfatizarem que uma análise sobre o processo democrático deve compor também dados empíricos sobre quais são as condições de sua implementação, aproximando assim uma teoria normativa da democracia de sua materialidade nas diferentes sociedades. Dessa forma, tomou-se o controle social na política de saúde pública brasileira como *locus* de sistematização e análise dos movimentos democráticos em vigência no país.

### **1.3 O Controle social na saúde e suas inovações.**

No período de redemocratização do Brasil, a saúde foi uma das políticas setoriais que mais conseguiu agregar demandas sociais no texto constitucional de 1988 (Bravo, 1996). A justificativa reside no fato de que a pluralidade de sujeitos sociais envolvidos na “luta” pela saúde e a densidade da participação popular foram considerados elementos fundamentais para essas conquistas. Deriva daí a compreensão de que o Sistema Único de Saúde é uma conquista do povo brasileiro. A memória da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 recupera o teor e a vivacidade do movimento sanitário e a força propulsora que dele derivou e foi capaz de emplacar na Constituição de 1988 o direito universal à saúde por intermédio da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. De forma paradoxal, nas décadas seguintes esse quadro não se perpetuou.

Para Cohn (2009) a saúde perdeu a vanguarda que outrora exerceu em relação a outras políticas setoriais e, segundo a autora, uma justificativa pode ser a primazia dos debates em torno da gestão em saúde em detrimento de um projeto político para a área. Tal consideração indicou o esforço pós-constituente de institucionalizar o SUS e fazê-lo acontecer. Nesse sentido, a autora indicou que em tempos de crise, ou seja,

no tempo presente, o perigo de focar as saídas para tal contexto, propaga medidas racionalizadoras e de alteração do papel do Estado.

É sabido que a saúde, junto com a educação são políticas altamente mercantis, dado seu poder de privatização. Tal fato associado ao subfinanciamento da saúde que reinou absoluto em todos os governos brasileiros desde a democratização, compõe um quadro de descrédito e decepção em torno de um sistema público, universal e de qualidade capaz de atender as necessidades de saúde da população.

No âmbito do controle social muitos estudos de monta (Correia, 2003; Labra, 2005) indicaram as realidades em que os conselhos de saúde foram criados e efetivados no país. Nos estudos de Jara (2008) a política de saúde brasileira é apontada como um dos exemplos mais evidentes nos textos constitucionais de países latinos americanos, sobre o uso da participação em políticas setoriais específicas e os conselhos gestores de saúde como forma de participação co-gestionária. Da mesma forma, outro estudo de Dagnino (2002) tematizou sobre os conselhos gestores de saúde no Brasil como um mecanismo de aprofundamento democrático. Todavia ao mesmo tempo em que o controle social na saúde pode ser revogado como uma conquista, deve-se reconhecer que persistem alguns desafios.

“A falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados da base, instituições ou segmentos que representam, desmotivados, ausentes de reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo frequentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil” (Brasil, 2002, p.46 *apud* Labra, 2005, p.371).

A análise do controle social brasileiro perpassa a dimensão política, enquanto mecanismo democrático, e sua dimensão operativa, forjando as reflexões da intencionalidade ao real. Interessa para esse artigo problematizar as propostas e inovações que se colocam em meio a tais dimensões partindo assim da concepção de que os lugares em que as pessoas vivem e trabalham são muito importantes para se refletir sobre a participação em espaços decisórios referentes à política pública.

A partir de uma compreensão do geógrafo Milton Santos há um conteúdo geográfico expresso no cotidiano (Santos, 1996) que evidencia os territórios como informante da realidade das pessoas, demonstrando tanto suas estratégias e usos em relação ao território, quanto sua conexão com a totalidade social. Dessa forma, indica ao mesmo tempo desafios, problemáticas e potencialidades, orientando ações e práticas no âmbito das políticas públicas, daí o argumento defendido por Koga (2001, que o território é o chão das políticas sociais e portanto, deve ser visto como propulsor e executor dessas políticas.

Recorrendo a assertiva de que o controle social não ocorre somente nos espaços institucionalizados, em muitos locais no Brasil, viu-se surgir experiências mais territorializadas em torno da participação social, como os Conselhos Locais de Saúde.

Em Londrina PR, tais instâncias foram criadas pela Lei municipal Lei nº 9.334 de Janeiro de 2004 que dispõem sobre a instituição dos Conselhos Locais de Saúde populares (CLSP). Em seu artigo 2º foram estabelecidas as funções do referido conselho.

“Aos **CLSPs**, entidades com função de deliberar e fiscalizar competem o acompanhamento, a avaliação e a indicação de prioridades para as ações de saúde locais a serem executados nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde bem como o controle da política de saúde segundo as diretrizes da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990; da Lei Orgânica do Município de Londrina e das diretrizes emanadas das Conferências de Saúde de Londrina” (Londrina, 2004, *grifos do autor*).

A lei mencionada é marcada pela autonomia das instâncias populares de construir seus próprios regimentos, composição e representação de seus membros e ordenarem o funcionamento, desde que sejam respeitadas as diretrizes do SUS e do plano municipal de saúde local. As atribuições dos CLSP estão definidas em seu artigo 6º e versam sobre três campos de atuação: fiscalização, acompanhamento e monitoramento da política de saúde na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde; proposição de mecanismos e ações para fortalecer o SUS e o serviço de saúde local e integração de uma rede popular de debate e mobilização com outros atores sociais em torno da saúde pública.

Deve-se reconhecer a capilaridade das problemáticas dos territórios que tais instâncias podem absorver e, sendo assim, expressam um aprimoramento e adensamento da perspectiva da participação popular na saúde. Dessa forma, as atividades desenvolvidas junto a um CLSP a partir do projeto de extensão “Conhecer para defender, defender para garantir: fortalecendo a formação política para o debate da saúde pública em Londrina” orientou tal pesquisa.

O encontro com o referido conselho foi resultado da metodologia popular utilizada pela equipe de extensionistas junto a diversos espaços democráticos e de debate da saúde pública de Londrina que vivenciou profundas e sucessivas crises<sup>ii</sup>. De fato, não há nenhum registro sistematizado sobre o número exato de conselhos, bem como suas institucionalidades. Por intermédio da informação de uma liderança popular da saúde, existem atualmente cinco CLSP atuantes e mais quatro conselhos regionais – instância popular que congrega todos os conselhos de uma região.

A inserção no referido conselho permitiu visualizar que há muita intencionalidade nesse território para efetivar o direito à saúde. O CLSP acompanhado apresentou a preocupação em melhorar sua atuação e demandou da equipe de extensão, apoio no âmbito da formação. A equipe composta por docentes, discentes de graduação e pós-graduação e membros do Fórum popular em defesa da saúde pública de Londrina e região acompanha esse conselho há um ano.

A intervenção se pauta na proposta pedagógica da educação popular, com enfoque *freireano* e se materializa na realização de oficinas quinzenais com a definição de eixos e temas construídos coletivamente. Os temas orbitaram em torno da participação popular; controle social e sistema de saúde local.

Dessa relação pode-se observar que os CLSP foram criados por lei específica e tiveram apoio nos primeiros anos de sua implementação da Universidade Estadual de Londrina, a partir da atuação dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. No caso analisado, após a saída dos residentes houve uma desmobilização em torno do conselho e muitas dificuldades de concretizá-los. Fato que se expressa na baixa intensidade com que se espalham pelo município de Londrina.

Entende-se que os conselhos populares devem ser autônomos em relação ao Estado, mas ficou evidente uma falta de direção política por parte do gestor local para acompanhar e incentivar a proliferação de tais iniciativas. Problemas como a formação e as exigências para o trabalho a ser desenvolvido, baixa credibilidade do conselho na UBS e também no território e a desmobilização social foram os principais problemas apontados por esse conselho.

Identificou-se que no processo de implementação a perspectiva instrumental da participação social foi solidificada, pois as ações do conselho estão mais voltadas para as questões de estrutura física, material e do agenciamento da força de trabalho em saúde, do que de fato a mobilização popular em torno da questão da saúde pública e da produção do cuidado. Entende-se que as demandas com as quais os conselhos lidam são legítimas e fazem parte do trabalho pretendido, mas quando são reificadas acabam por retirar dos sujeitos sua dimensão política e enfraquecendo os conselhos como espaço de pressão popular e disputa.

Outro aspecto desnudado foi à atuação do conselho em um sentido de insulamento das questões da saúde pública do conjunto da vida social e, portanto, da concepção de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Dessa forma, a lógica territorial não é abarcada pelas atividades desenvolvidas, posto que muito pouco do trabalho desenvolvido pelo conselho dialoga com as expressões territoriais para além de uma população descrita e referenciada em um serviço de saúde. Não contemplam as ações e preocupações dos conselhos locais as problemáticas que emergem do território, típicas de uma região periférica de uma cidade brasileira, bem como as formas cotidianas e alternativas que grupos, pessoas e lideranças tem desenvolvido para sobreviver e inventar a vida nesses espaços.

#### **1.4 Considerações Finais**

O desenvolvimento democrático no Brasil ainda incipiente deve acompanhar as análises sobre as inovações participativas em curso. Sem isso, correse o risco de perder o potencial educativo desses espaços, enquanto produtores de novas lógicas e organizações mais comprometidas com a coletividade.



A partir da pesquisa ficou evidente que houve muitos avanços em relação ao desenvolvimento de arranjos democráticos populares em que os conselhos locais de saúde são uma expressão da participação da sociedade na política de saúde brasileira, tendo como possível efeito o diálogo de uma política pública com o território.

A partir das oficinas, encontros e participação em debates públicos de saúde do referido conselho em que os dados apresentados foram colhidos, evidenciou-se que o uso do território pela política de saúde, ainda restringe a sua porção geográfica e suas problemáticas, o que se replica na realidade investigada junto ao conselho. Dessa forma, as potencialidades dos lugares não são identificadas e usadas no processo do controle social. Entendido como espaços de poder, a ausência do uso do território noutro sentido, tem favorecido o individualismo, assistencialismo e clientelismo e enfraquecido a dimensão coletiva da saúde. Por fim, verificou-se que os conselhos estão latentes quanto à articulação da força dos lugares para efetivação do controle social, reforçando a necessidade de acompanhamento, formação e assessoria do mesmo para que avancem nessa direção.

O CLSP estudado demonstrou muitas dificuldades em sua implementação e, portanto, emerge em seu cotidiano de trabalho vários estrangulamentos oriundos desse processo inicial. No entanto, a experiência desenvolvida tem demonstrado a permanência de uma ideia-força de que é possível interferir no interior da política de saúde e também disputá-la no âmbito do Estado, sem com isso, isentar os reforços necessários para sua efetivação.

### **Referências bibliográficas**

Brasil (2000). Ministério da Saúde. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Bravo, Maria.I (1996). *Serviço social e reforma sanitária*. São Paulo: Cortez.

Conh. Amélia (2009). Saúde e desenvolvimento social. Revista *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.02, p.41-47

Correia, Marial. V. C (2012). Sociedade civil e controle social: desafios para o serviço social. In: Bravo, Maria.I.S; Menezes, Juliana.S.B (2012). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, pp.293-306.

Correia, Maria V. C (2003). *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. 1 reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dagnino, Evelina (2002). Sociedad civil, espacios públicos y construcción democrática em Brasil: limites y posibilidades. In: Dagnino, Evelina (coord.) *Sociedad civil, esfera pública y democratización em América Latina*: Brasil. México, FCE.

Dagnino, Evelina *et al* (2006), A. *A disputa democrática na América Latina*. São Paulo, Paz e Terra; Campinas SP, Unicamp.

Golstein, Roberta. A; Barcellos, Christovam (2008). Geoprocessamento e participação social – ferramentas para vigilância ambiental em saúde. In: Barcellos, Christovam. (org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp.205-215.

Jara, Felipe .H. de la (2006). A institucionalização da participação cidadã: análise dos marcos legais da participação na América Latina. In Dagnino, Evelina *et al*, A. *A disputa democrática na América Latina*. São Paulo, Paz e Terra; Campinas SP, Unicamp, pp.343-368.

Labra, M. E (2005). Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In Lima, Nívea T *et al* (orgs). *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, pp.353-384.

Londrina (2004). Lei nº 9.334 de Janeiro de 2004 que dispõe sobre os Conselhos Locais de Saúde Populares.

O'Donnell, Guillermo(coord.)(2004). *El Estado de la Democracia em América Latina*, Pnud-ONU.

Wanderley, Luís. E.W (3012). Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos. Revista *Serviço Social e Sociedade* n. 109, São Paulo, Cortez, jan./mar, p.5-30.

---

<sup>i</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais da Jornada Internacional de Políticas Públicas – JOINPP em São Luís do Maranhão – MA/Brasil, 2013.

<sup>ii</sup> Ver [www.bonde.com.br](http://www.bonde.com.br) ou [www.gazetadopovo.com.br](http://www.gazetadopovo.com.br)