

CONTROLE SOCIAL: FERRAMENTA NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹

Andréia Piovesan²

Luisa Denise de Lima³

Caroline Ottobelli⁴

Alessandra Regina Müller Germani⁵

RESUMO: Este artigo trata de uma reflexão sobre o processo de criação do “novo” sistema de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto é realizada uma breve contextualização do Movimento da Reforma Sanitária até a criação do SUS, sendo

¹ Revisão teórica.

² Acadêmica do IV Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen- Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha : Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde. Email: deia_cpiovesan@yahoo.com.br

³ Acadêmica do VI Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen- Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde. Email: luisadenise@bol.com.br

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador (URI), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde – caroline@fw.uri.br

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem (UFSC), Professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen – alessandragermani@fw.uri.br

ênfatisada a participação ou controle social nas Conferências e Conselhos de Saúde. Vale ressaltar que a participação da população nestes, contribui para efetivar o sistema de saúde criado em 1988 através da Promulgação da Constituição Federal, o qual estabeleceu princípios e diretrizes que devem reger esse sistema. Este tem como objetivo: sensibilizar a população quanto a esta temática, com vistas a fortalecer o controle social na saúde. Trata-se de um estudo bibliográfico, com caráter qualitativo.

Palavras-chave: Movimento da Reforma Sanitária. Sistema Único de Saúde. Controle Social.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado de uma intensa luta social através da organização de diversos segmentos da população, a qual foi iniciada na década de 70 ficando conhecida como movimento da reforma sanitária. Este por sua vez, visava a construção de um novo sistema nacional de saúde e a partir das idéias desse movimento, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília. Cabe ênfatisar que o relatório da mesma serviu de referência para a Promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual, por sua vez, cria o Sistema Único de Saúde – SUS. Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania, sendo assegurado o acesso a todos os cidadãos, indistintamente. Assim, com o SUS a saúde passa a ser vista como um direito de todos os cidadãos brasileiros.

A partir dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, em especial a diretriz que dispõe acerca da participação ou controle social fica assegurada a participação dos diversos segmentos populacionais junto à formulação e fiscalização das políticas de saúde. Para tanto, foram criadas instâncias de exercício do controle social, os chamados conselhos e conferências de saúde.

A partir deste momento, as conferências e conselhos de saúde se tornaram mecanismos estratégicos no processo de democratização

da saúde, ao passo que os mesmos garantem a participação desta no processo de formulação, execução e controle de políticas de saúde. Cabe ressaltar que dessa forma a população passa a criar estratégias de saúde de acordo com sua realidade, contribuindo assim, para melhorar a qualidade de saúde e de vida.

Desse modo, o artigo foi construído devido ao desenvolvimento de uma das etapas do plano de bolsista do Projeto de Extensão da Pós-Graduação e de Assistência Social referente ao Controle Social. Cabe enfatizar que o primeiro projeto foi construído com vistas a realizar um estudo bibliográfico referente a essa temática, através da análise de diversos artigos, cujo autores trabalham com essa temática.

Todavia, o Projeto de Assistência Social foi construído no intuito de fortalecer o Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde, uma vez que esse tem como objetivo capacitar os representantes da comunidade do Bairro Fátima acerca do Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde. Esse, por sua vez, visa instrumentalizar os representantes a participar nos Conselhos de Saúde, mais especificadamente no Conselho Municipal de Saúde do município de Frederico Westphalen/ RS.

Nesse Sentido, em razão de ambos os projetos trabalharem com Controle Social o referido artigo busca promover um recorte histórico acerca do mesmo no cenário da saúde no país. Assim, face ao exposto, o objetivo elencado para esse artigo é sensibilizar a população quanto a esta temática, com vistas a fortalecer o controle social na saúde. Dessa forma é um mecanismo para efetivar/concretizar o “novo” sistema de saúde, tanto visado pelo movimento da reforma sanitária.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Movimento da Reforma Sanitária e a Criação do SUS

Na luta pela construção de um “novo” Sistema Nacional de Saúde, na década de 70 surge o Movimento da Reforma Sanitária, o

qual visava que toda a população brasileira tivesse acesso à saúde de forma igualitária e resolutiva. Esse movimento se caracterizou como um processo político, econômico e social, envolvendo a sociedade civil, sindicatos, profissionais da saúde, lideranças políticas e universidades.

Segundo Severo, Cunha e Ros (2007, p. 240), “o cenário da década de 1970 no Brasil era de um país com sérios problemas sócio-econômicos, profundas desigualdades sociais e um imenso descontentamento dos cidadãos com as precárias condições de vida e saúde de grandes parcelas da população.”

Desse modo, o objetivo da Reforma Sanitária era de reorganizar o sistema de saúde vigente, através da construção de um novo modelo assistencial que garantisse acesso a toda população de forma integral e universal, uma vez que estava insatisfeita com este sistema de saúde, pois no período correspondente predominava o Modelo Assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPs). Cabe salientar que esse modelo oferecia atendimento à classe trabalhadora que tivesse carteira assinada, restando aos demais o atendimento caritativo nas benzedeadas, nas santas casas de misericórdia, entre outras.

Nesse sentido, Ribeiro e Amorim colocam que:

O modelo de saúde vigente se conformava com a oferta de serviços de saúde coletivos excludentes, direcionados aos interesses da indústria médico-hospitalar e tecnológica, com o enfoque para a doença. Ao iniciarem as discussões sobre a necessidade de universalização do acesso aos serviços de saúde, houve um aumento na procura pelos hospitais públicos da Previdência e Assistência Social, em decorrência da repressão das demandas populacionais a estes serviços, que até então eram destinados aos segmentos da Previdência Social (RIBEIRO, AMORIM, 2004, p. 17).

Desse modo é possível evidenciar que o Modelo Assistencial vigente era do Modelo Assistencial Biomédico, centralizado na figura

do médico, na cura da doença através da administração de medicamentos e no hospital. Cabe ressaltar que nesse período não se pensava na prevenção da doença e na promoção de saúde, uma vez que, este modelo visava o lucro.

Diante deste modelo, conforme Feuerwerker (2005) o movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge com o objetivo de atender particularmente os compromissos democráticos em relação ao direito à saúde e à construção do sistema e de suas políticas, bem como a transformação das práticas de saúde e do modelo tecnoassistencial.

Nesse sentido, esse movimento tinha em vistas a construção de um novo sistema de saúde, tendo como principais ideias, a democracia na saúde, reconceitualização do conceito de saúde, críticas às práticas de saúde vigente e mudança do modelo assistencial hegemônico. Nesse contexto, todas essas discussões levaram ao desencadeamento da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada em 1978, a qual teve por intuito, reorganizar os serviços de saúde através de mudança do modelo assistencial. Vale ressaltar que tal Conferência resultou na criação da Declaração de Alma-Ata, que é entendida como o marco mundial da rediscussão estrutural dos serviços de saúde direcionado a atenção primária.

Dessa maneira, segundo Gil (2006, p. 1172), “no caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos”.

Portanto, foi a partir da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária que se passou a pensar em prevenção de doenças. Cabe ressaltar que no Brasil após essa Conferência, se inicia uma multiplicação dos serviços de Atenção Primária à Saúde, ou seja, são criados os “postos” de saúde próximos à residência das classes populares e também fixados profissionais da saúde nestes locais, onde os mesmos passam a ter contato direto com a população.

Imbuídos deste espírito, é que se realiza em Brasília em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a

participação de diversos setores organizados da sociedade, totalizando em 4000 participantes. Essa teve por tema “O direito á saúde como parte de cidadania e a reorganização do setor em Sistema Único de Saúde”. Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada com o intuito de redefinir o conceito de saúde, assegurar o financiamento próprio para o setor de saúde; a reformular e ampliar o conceito de saúde; a criar um sistema único de saúde; descentralizar os serviços de saúde e o fortalecer os municípios; incentivar a participação da população referente à saúde.

Cabe enfatizar que foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento da reforma sanitária ganha força. Dessa forma o relatório da mesma serviu de referência para a construção da nova Constituição Federal Brasileira em 1988. Todavia essa conferência levou ao surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987.

O SUDS compreendeu um sistema de transição entre o sistema de saúde vigente para o novo sistema de saúde. “De certa forma, o SUDS respondia aos movimentos em prol das mudanças no Sistema de Saúde Brasileiro e as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, servindo de base para a construção do Sistema Único de Saúde - SUS”.

Frente ao surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que apoiava a gestão dos serviços na medida em que apoiava a descentralização dos serviços de saúde, este iniciou o processo de estadualização e municipalização, servindo de base para implantar os primeiros passos para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Contudo, é por meio da proclamação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, que o SUS é criado.

Desse modo, a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 pode-se perceber bases para a mudança do sistema nacional de saúde, uma vez que esta definiu a criação do SUS, tendo como princípio o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde.

Nesse contexto Fontoura e Mayer colocam que:

O Sistema Único de Saúde é fruto dos ideais e das lutas do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 70/80, que resultaram na Lei 8.080 de 1990. Esta lei define o Sistema Único de Saúde como sendo um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público, procurando unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema (FONTOURA, MAYER, 2006, p. 533).

Dessa maneira, cabe ressaltar que o SUS foi regulamentado em 1990 através da aprovação da Lei Orgânica de Saúde nº8.080 que define o modelo operacional do SUS, a forma de organização e seu funcionamento e que por sofrer vetos foi criada a Lei Complementar nº8.142 a qual assegura a participação da comunidade em fóruns legais de saúde, as chamadas Conferência e Conselhos de Saúde.

Assim, por meio da Lei 8.142/90, que dispõe acerca da participação popular, são definidas como instâncias de exercício do Controle Social os Conselhos e as Conferências de Saúde nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Dessa maneira. Passa a ser garantido, a toda a população, o exercício do Controle Social, visto a criação de tais fóruns democráticos.

Desse modo é possível afirmar que as diretrizes e os princípios que regem o SUS garantem à população acesso aos serviços de saúde e a participação desta no processo de formulação, execução e avaliação das políticas de saúde por meio da garantia da participação popular.

Tendo em vista todo o processo de construção do “novo Sistema Nacional de Saúde”, denominado como SUS, é indispensável ressaltar sobre a relação do mesmo com Controle Social e o Movimento da Reforma Sanitária. Nesse sentido Aciole, coloca que:

No processo de construção da reforma sanitária em nosso país, podemos apontar, como uma de suas formulações fundamentais, a que considera construir o fortalecimento da sociedade civil perante o Estado. Em relação a este último aspecto, algumas assertivas

adquirem um relativo consenso no campo da saúde coletiva. A primeira delas tornou preceito legal que a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) seja intrinsecamente ligada ao exercício do controle social, o que faz um inaceitável sem o outro (ACIOLE, 2007, p. 410).

Desse modo, o Movimento da Reforma Sanitária e o Controle Social (participação da população) estão intimamente inter-relacionados, uma vez que esse movimento iniciara a partir do movimento de diversos segmentos populacionais que insatisfeitos com o modelo assistencial tradicional predominante, passaram a realizar manifestos, reuniões, entre outras. Nesse sentido buscavam a criação de um sistema de saúde que garantisse acesso universal, gratuito e resolutivo a toda a população, sendo o SUS o resultado do processo de construção da reforma sanitária.

Segundo Martins et al. (2008, p. 106), “[...] o chamado Movimento da Reforma Sanitária levou à ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produzindo e incrementando as demandas sociais sobre o Estado.” Desse modo a participação da sociedade civil foi o marco de cidadania, sendo caracterizado como marco estratégico para o controle social e meio de garantir a construção da constituição, a qual ficou estabelecida por a saúde ser direito de todos e dever do estado.

Todavia, pode-se enfatizar a partir da promulgação da Constituição Federal de 1998, que determina a criação do SUS, através da diretriz Participação da Comunidade (controle social), foram abertas perspectivas no sentido de apoiar ações de natureza social que remetem à questão social. Cabe enfatizar que nessa constituição ficou assegurada a participação da comunidade na gestão pública, através de mecanismos estratégicos como os Conselhos de Saúde.

1.2 Controle Social e suas Concepções

Frente ao princípio da participação da comunidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como marco o processo

de redemocratização da sociedade brasileira, entende-se que a saúde é muito mais que o provimento de atenção e de cuidado, pois inclui também as garantias de direitos sociais que produzem mais saúde e mais qualidade de vida. Todavia, é necessário o engajamento de todos os atores do campo da saúde nos conselhos de saúde, buscando exercer o controle social para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para oferecer ações diferenciadas para grupos da população que apresentam necessidades diferentes e singulares. Sendo, portanto a partir da articulação da comunidade que poderão participar ativamente do poder político, influenciado nas decisões.

Dessa forma, o controle social consiste, em canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (ASSIS, VILLA, 2003). Portanto, o controle social é um modo de fiscalização da população, formulação e implantação de políticas públicas de saúde voltadas para atender as necessidades em prol de uma melhoria na qualidade de vida.

Nesse sentido, Ottobelli coloca que:

O controle social é compreendido como uma forma de controle da população, quanto à formulação e implantação de políticas e programas de saúde junto à comunidade. Portanto, é apontado como uma estratégia de influência da população organizada nos inúmeros segmentos sociais sobre o governo, estando intrinsecamente relacionado às Políticas Sociais, visto que o mesmo está ligado à democracia representativa, prometendo melhorias nas condições de vida das comunidades (OTTOBELLI, 2008, p. 2).

Nesse contexto, a democracia está ligada com a capacidade dos usuários participarem da gestão dos serviços de saúde, criando estratégias que visem tanto os interesses individuais quanto coletivos, através do exercício de controle social para a viabilização e a construção das mudanças nas práticas de saúde. Enfim, a democracia está ligada

com a construção no processo de cidadania que envolve o empoderamento da sociedade ao assumir maior controle sobre sua vida.

Conforme Assis e Villa (2003), uma das formas de efetivação do controle social na organização do SUS, são representadas através de conselhos e conferências de saúde enquanto instâncias que protagonizam a participação da comunidade na gestão do sistema.

A participação da sociedade nas decisões sobre saúde é um direito dos cidadãos e um determinante fundamental da democracia e de uma gestão pública em favor da maioria. O direito da sociedade participar do Controle Social na saúde vem do princípio da participação da comunidade, a qual esta assegurada na diretriz da Lei 8080/90 e a Lei complementar 8142/90.

Nesse sentido, são criados os fóruns de saúde, com espaços de representação institucional, definidos como Conferências e Conselhos de Saúde, tendo por intuito o exercício do controle social no SUS, através dos quais deve ocorrer a participação dos diversos segmentos da sociedade, nas três esferas governamentais: Nacional, Estadual e Municipal. Estes assumem lugar estratégico na definição e execução das Políticas de Saúde (BRASIL, 2002).

As Conferências de saúde são realizadas de quatro em quatro anos, com a representação de vários segmentos da sociedade, através da participação paritária, com a finalidade de avaliar e discutir a realidade da situação de saúde vivenciada pela população e propor estratégias para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para a necessidade da população. Portanto, as Conferências de Saúde surgem com interesse de que a comunidade avalie e oriente todo o processo de formulação de políticas de saúde, pois permeia sobre os princípios e diretrizes.

Nesse sentido, Guizardi et al. trazem que:

As conferências são desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema (GUIZARDI et al., 2004, p. 4).

Assim como as Conferências, temos os Conselhos de Saúde que são órgãos de caráter deliberativo e permanente, composto por representantes do governo, prestadores de serviço profissionais de saúde e usuários. Nesse contexto, pode ser visualizada a importância da participação dos sujeitos e a presença ativa dos mesmos na inovação da gestão nas políticas sociais e na construção do processo democrático no SUS.

Segundo Brasil (2002) a composição de Conselhos e Conferências de Saúde deve ser paritária, ou seja, representada por 50% de usuários do SUS, 25% de profissionais de saúde e 25% de representantes do governo. Neste contexto, deve haver a participação dos representantes de cada segmento da sociedade com o intuito de sustentar a ideia de que é possível a intervenção da sociedade nas políticas públicas de saúde. Cabe destacar, que se a sociedade se organizar para representar a comunidade nos conselhos, poderão por sua vez direcionar, corrigir e reformular tais políticas a favor dos interesses populares e/ou públicos.

Todavia, a participação da comunidade nos conselhos de saúde é muito importante. Dessa forma, a participação da comunidade junto aos conselhos de saúde serve para identificar o que está causando os problemas de saúde naquela comunidade e o acompanhamento na elaboração de políticas públicas de saúde vem como a avaliação destas.

A participação em saúde relaciona-se intimamente com a promoção à saúde, pois se constitui em um instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e consequentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007, p. 272).

Dessa forma, os conselhos de saúde devem ser espaços de discussão no qual é necessário que haja a participação social através do diálogo entre os representantes de governo, prestadores de serviço, profissionais e usuários que contribuirão para facilitar o envolvimento destes na exposição dos interesses, necessidades e opiniões dos usuários. Neste contexto, de troca de informações deve ser favorável para os trabalhadores de saúde, pois ao ouvirem a opinião dos usuários poderão

repensar suas formas e modos de trabalhar através da busca por melhor atendimento à população.

Segundo Vanderlei e Witt (2003), os conselhos de saúde devem sair do âmbito burocrático e instituir mecanismos mais eficientes de aproximação da população e das entidades representadas nos conselhos, a fim de que sejam reconhecidos de fato e de direito como um dos mecanismos importantes de controle social. Todavia, muitas vezes constatamos que no cotidiano dos conselhos, existem inúmeras variáveis que dificultam ou impedem as ações dos mesmos, como por exemplo a verticalidade do poder na área de saúde contradizendo com os princípios democráticos que norteiam este mecanismo.

Conforme Oliveira (2001) é atribuído aos conselhos e suas respectivas representações, o poder de regenerar o sistema de saúde, democratizá-lo, torná-lo transparente aos olhos do cidadão e, principalmente, ser capaz de interferir positivamente nas políticas públicas de saúde e ser uma forma de controle da sociedade sobre o estado através da participação popular. Dessa forma, demonstra-se a importância atribuída ao controle social na formação e funcionamento do SUS. Tornando as informações acessíveis a todos os usuários e de maneira universal, possibilitando um avanço no sistema público de saúde brasileiro e respeitando os princípios fundamentais do SUS.

Busca-se então, estratégias para deliberação e implementação de políticas articuladas na perspectiva de dar maior visibilidade para as diretrizes do SUS, a utilização de recursos e ações no sentido de ampliar a participação e o controle social (SILVA, CRUZ, MELO, 2007, p. 5).

Por outro lado, tem-se uma enorme expectativa na ampliação da consciência da população acerca do direito à saúde, refletida na mobilização social em defesa da saúde. Isso se dá devido ao fato de que o SUS deve ser entendido e valorizado como uma política universal de direitos, portanto a sociedade brasileira deve se apropriar desta conquista, fortalecendo a participação e a mobilização da população pelo direito à saúde e em defesa da mesma.

De acordo com Bravo (2006), percebe-se a dificuldade do exercício da democracia participativa, da mobilização e organização dos trabalhadores de saúde e usuários para se inserirem nos conselhos

de forma mais articulada, com vistas a intervir nas decisões referentes às políticas de saúde.

Nessa perspectiva, os conselhos e as conferências de saúde devem servir de respaldo para as mudanças na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde, para a participação efetiva e democratização do espaço público de forma que suas demandas sejam de fato contempladas. Assim, teremos a garantia da efetivação de um sistema de saúde que venha, realmente, a atender os princípios constitucionais que a ele foram deferidos.

CONCLUSÃO

Discussões referentes ao controle social vêm sendo levantadas há vários anos no Brasil. No entanto foi a partir da Reforma Sanitária que a participação popular passa a ser efetivada, sendo um dos aspectos fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde- SUS.

De acordo com Souza (2003), a Reforma Sanitária não pode ser compreendida apenas como sinônimo de reforma administrativa do setor saúde e nem tão pouco limitada ao processo de descentralização político-administrativa. Neste sentido, o forte desafio é compreendê-la como reforma do modelo assistencial, como nova concepção de saúde, efetivada através de mudanças relacionadas às mais diversas diretrizes, dentre elas, a participação popular.

Tem-se a partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, os segmentos básicos da área da saúde (prestadores privados, governo, trabalhadores e usuários) que conquistam o direito e o dever de juntos, participarem da proposição, definição e avaliação da política de saúde nos diferentes níveis, sendo este aparato fundamental para a consolidação do SUS. Do ponto de vista formal, a operacionalização de tal conquista dá-se, especialmente, através das Conferências e Conselhos de Saúde, caracterizados como instâncias colegiadas de gestão e vinculadas aos níveis municipal, estadual e nacional.

Contudo, mediante a potencialização do Controle Social, por

meio da institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde como locais de solidificação da democracia faz-se possível atuar na perspectiva de construção de políticas de saúde voltadas aos interesses da população. Dessa forma, a concretização dos direitos sociais individuais e coletivos poderão ser legitimados, visto que os mesmos são assegurados constitucionalmente.

Nesse sentido, mediante os levantamentos históricos realizados por meio do presente artigo podemos compreender, que o controle social é um instrumento de democracia participativa e sua efetivação por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, está associada à capacidade que a sociedade tem para impor mudanças nos tradicionais parâmetros de gestão pública. Portanto, esta participação consolida e protege a cidadania, sendo uma das dimensões mais relevantes do controle social.

SOCIAL CONTROL: TOOL IN THE PROCESS OF CONSTRUCTION OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM (SUS)

ABSTRACT: This article deals with a reflection on the process of “new” creation of the system of health, called Only System of Health (SUS). For in such a way a brief context of the Movement of the Sanitary Reformation until the creation of the SUS being emphasized the participation or social control in the Conferences and Advice of Health. Valley to stand out that the participation of the population in these contribute to accomplish the system of health created in 1988 through the Promulgation of the Federal Constitution which established principles and lines of direction that must conduct this system. This has as objective: to sensitize the population how much to this thematic one with sights to fortify the social control in the health. One is about a bibliographical study with qualitative character.

Keywords: Movement of the Sanitary Reformation. Only System of Health (SUS). Social Control.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 409-26, set/dez 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 30 out. 2008.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, mai./jun. 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 30 set. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Guia do Conselheiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 88, nov. 2006.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271 – 279, abr./jun. 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 16 out. 2008.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 16 out. 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúdeda família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 16 out. 2008.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./jun. 2004: Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acessado em: 30 set. 2008.

MARTINS, P. C et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 30 out. 2008.

OLIVEIRA, D. C. de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 16 out. 2008.

OTTOBELLI, C. **Controle social no Sistema Único de Saúde: uma reflexão teórica**. 2009. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação). Setor de Ciências da Saúde, URI, Campus de Frederico Westphalen. Frederico Westphalen, 2009.

RIBEIRO, F. L. T.; AMORIM, W. M. de. Os enfermeiros no movimento da reforma sanitária brasileira nos anos 80. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1 e 2, p. 15-24, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 16 out. 2008.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P. da; ROS, M.A. da. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Texto e Contexto-**

Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em: Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 16 out. 2008.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, maio/jun. 2007.

VANDERLEI, M. I. G.; WITT, R. R. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde Debate**, v. 27, n. 64, p. 131-137, maio/ago. 2003.