

Controle social no campo da saúde: considerações para debate

Social control in health: considerations for debate

Débora Regina Marques Barbosa¹
Manoel Guedes de Almeida²

Resumo

Objetivos: Abordar os desafios e as perspectivas do Controle Social no campo da saúde com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas no Brasil. Metodologia: Revisão literária na base de dados Scielo, onde foram selecionados artigos completos em língua portuguesa publicados entre os anos de 1999 a 2012 através dos descritores: Controle Social, Mobilização Social, Políticas Públicas e Promoção da Saúde. Resultados: Apesar de legitimar a participação popular nas decisões políticas virtualmente democráticas, as Políticas em Saúde marginalizam a construção simbólica de sujeitos epistêmicos capazes de repensar sua realidade e construir dispositivos de mudanças sociais, criando estruturas rígidas incapazes de se moldar conforme a os desejos socialmente construídos. Fica o desafio da construção de sensibilidade e vínculo, além de sua introjeção nas instituições e Políticas Públicas em Saúde, flexíveis ao conhecimento auto reflexivo e empoderamento sociais. Conclusão: Cabe ampliar o olhar para a construção de instrumentos e sensibilidades capazes de mobilizar coletivos na luta pelo direito à saúde e aos bens coletivos, investindo em metodologias relacionais de construção da cidadania.

Abstract

To address the challenges and prospects of social control in the health field aiming at the development of public policies in Brazil. Methods: Review of the literature database SciELO, which were selected full articles in English published between the years 1999-2012 through the descriptors: Social Control, Social Mobilization, Public Policy and Health Promotion. Results: Although legitimize popular participation virtually democratic political decisions, the Health Policies marginalize the symbolic construction of epistemic subjects able to rethink your reality and build devices for social change, creating rigid structures unable to mold according to the wishes socially constructed. It is the challenge of building sensitivity and attachment beyond its introjection institutions and Public Policy in Health, the flexible self-reflective knowledge and social empowerment. Conclusion: It is looking to expand the construction of instruments and sensibilities capable of mobilizing the collective struggle for the right to health and collective goods, investing in relational methodologies for building citizenship.

Descritores: Controle Social; Políticas de Saúde; Mobilidade Social.

Keywords: Social Control; Health Rights; Social Mobility.

¹Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM)

²Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Para correspondência:
Manoel Guedes de Almeida
E-mail: manoel.medufpi@gmail.com

Data da Submissão: 07/03/2014
Data do Aceite: 08/03/2014

Introdução

Os movimentos sociais ganharam força e voz no Brasil do final da ditadura militar, dando margem às necessidades sociais até então invisíveis, convergindo para um objetivo comum, o projeto de redemocratização do país frente a um Estado opressor, ditatorial. É neste contexto histórico-social marcado por lutas rumo à democracia que se constituiu importante mobilização social na construção de políticas públicas em saúde.

O controle social pode ser definido, por um lado como as ferramentas do Estado sobre a sociedade de modo a orientar aspectos da vida coletiva e individual¹. Por outro lado, assume importância também às ações da sociedade sobre o Estado no tocante a pressões sociais que trazem tona as necessidades coletivas na tomada de decisão política. Para alguns autores²⁻³, o Estado é utilizado pela burguesia como órgão de dominação de classes a favor de interesses da hegemonia dominante que garantiria o consenso comum em torno da ordem do capital. Esse processo se dá através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a ordem, interferindo na vida dos indivíduos¹.

A área da saúde foi pioneira no processo de mobilização social, devido à efervescência política dada ao fim da década de 70 e a organização do movimento de Reforma Sanitária, que deu margem a organizações sociais, intelectuais e de partidos de esquerda na luta antiditadura que iam à contramão do modelo médico-assistencialista e privatista hegemônico⁴. Tal fato direciona a construção de um sistema nacional de saúde universal, público, participativo e descentralizado.

Na luta contra hegemônica que ensejavam, os movimentos sociais no Brasil organizaram-se em torno de um projeto ético-político direcionado à luta pela cidadania plena, entendida não apenas como direito ao voto, mas também pelo direito às riquezas coletivas distribuídas em educação, cultura, lazer, saneamento básico, etc. Desse modo, seguindo a ideologia ensejada pela Nova Saúde Pública, a luta comum dos movimentos sociais pela cidadania confundiu-se ou encabeçou uma luta ampla pela qualidade de vida,

constituindo os pilares do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Constituído os pilares norteadores do SUS e seu projeto ético-político de regime democrático e caráter universal e igualitário, pelo qual se concretizou o acesso popular aos serviços, ações em saúde e construção de políticas, outra questão fundamental ora assume importância: as ferramentas objetivas de se proteger das ditaduras impostas pela institucionalização da saúde com a criação do SUS. Em reposta formou-se o Controle Social.

Um dos diferentes eixos da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o envolvimento participativo no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva do Controle Social. Na ocasião, a participação social organizada em saúde foi considerada um amplo conjunto de intervenções formadas por diferentes forças sociais, com o intuito de orientar a construção, fiscalização e execução de políticas no setor saúde. Dessa forma, este envolvimento participativo da sociedade civil foi institucionalizado na Lei 8.142/90, advindo de conferências com o objetivo de analisar e propor diretrizes a políticas de saúde nas três esferas de governo, com vistas a envolver a sociedade no processo de lutas por conquistas com vistas à cidadania como espaço pleno para a promoção da saúde e qualidade de vida, de uma maior adesão da população civil na participação política, enlaçam desafios para a ampliação popular na elaboração das políticas em saúde⁵.

Em face do exposto, o presente artigo tem como objetivo abordar a construção do Controle Social e seu desenvolvimento concreto e subjetivo, bem como a construção de instrumentos para sua efetivação.

Metodologia

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Google Scholar* por meio dos descritores Controle Social, Mobilização Social, Políticas Públicas, Sensibilidade, Tecnologias Leves e Promoção da Saúde, agrupados ou em separado, de modo a proporcionar a integração do conhecimento atual sobre determinada temática a partir de diversos

www.jmphe.com

J Manag Prim Health Care 2014; 5(1):71-76.

referenciais, bem como identificar, analisar e sintetizar estudos independentes de modo a se construir conclusões como fruto dessa aglutinação de saberes, o que possibilita o desenvolvimento de pensamento crítico sobre o tema abordado⁶.

Partiu-se, para tanto da seguinte pergunta norteadora: “Qual é o território do Controle Social na saúde”. Como critério de inclusão, consideraram-se apenas artigos completos publicados em língua portuguesa entre os anos de 1999 a 2012. Após, por meio de busca ativa, foram selecionados trabalhos relacionados ao tema por sua proximidade ou distanciamento da pergunta-chave. Tanto a análise quanto a síntese dos dados coletados foram realizadas de forma descritiva.

Discussão

O Controle Social é um dos pilares da democracia dos serviços de saúde, abordado na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e idealizado pelos movimentos sociais organizados fora institucionalizado na Lei 8.142/90, representando um largo passo na história política do país, ao considerar o indivíduo ciente de suas condições e capaz de agir politicamente segundo as necessidades individuais e coletivas⁷.

Existem diversos mecanismos democráticos para a inclusão participativa da sociedade na tomada de decisão pública, como o orçamento participativo, as Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais em saúde, além dos Conselhos Deliberativos, que só podem ser considerados realmente espaços democráticos a partir do momento em que os representantes construam uma representação democrática, ou seja, aglutinem-se em torno de um projeto de classe bem definido. É nesse campo de lutas, desafios, povos e instituições que se define o Controle Social⁸.

Todavia, à estrutura legal não se seguiu a construção simbólica dessa ferramenta. Apesar de democrática, baseada em Conselhos Municipais, Estaduais e Federais de saúde, instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo de representação paritária entre usuários e representantes dos mais diversos segmentos sociais, etc., pouco se investiu na formação subjetiva do Controle Social, na construção de

vínculo instituições-governos-sociedade e formação de sensibilidade.

Quando se limita as ações do Controle Social ao campo dos serviços de saúde, deixa-se de lado a orientação política que substancia as ações do serviço. Desse modo, prosseguem os autores, “a atual legislação brasileira está além do que se pratica hoje no sistema de saúde”. Apesar de essa assertiva não ser contemporânea e muitos avanços terem se legitimado, pouco reverberaram na prática diária dos serviços.

Pode-se, didaticamente, delinear a existência pelo menos dois sujeitos sociais⁹. O primeiro, protagonista consciente, entende essa realidade e é capaz de reinventá-la. O segundo, ao contrário, está anérgico aos acontecimentos sociais, é um sujeito apenas em potencial. Ambos são fundamentais na dialética da democracia³⁻⁹.

Outro ponto importante posto pelos autores acima é a criação de dispositivos que transformem leis em instrumentos de luta. O empoderamento coletivo assume esse papel ao considerar as comunidades como unidades vivas, constituídas de diversos grupos que lutam por seus interesses, cada qual com níveis diferentes de participação sobre os recursos coletivos¹⁰. Com base nesses conceitos, justificam-se políticas incisivas que reorientem as distribuições do poder e criar relações harmoniosas entre macro e microelementos influenciadores da vida e do bem-estar das populações³.

Por seu lado, são a Universidade e o SUS os principais responsáveis pela produção de sentidos no tocante ao Controle Social na formação em saúde¹¹. Deve-se, a princípio, salientar que essa ferramenta deve ser construída coletivamente nos espaços da vida, extra acadêmicos, e assumirem diretrizes do SUS como norteadoras dos processos no espaço da formação universitária, desse modo reorientando ao mesmo tempo tanto os serviços quanto as políticas em saúde a partir da construção sensibilidade e ações imprescindíveis à transição de indivíduos à sujeitos históricos epistêmicos de reorientar os rumos de sua história¹².

Por outro lado, mesmo após a construção de dispositivos Constitucionais como as Leis Orgânicas 8080/90 e 81142/90, quando o Controle Social efetivamente impõe pressões para que ocorram mudanças, dificuldades concretas surgem. Frente a uma história política opressora

de décadas de ditadura militar, a dificuldade simbólica e concreta de se criar espaços democráticos de fato são notadamente árduas.

Esses espaços surgiram com a criação das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Conass e Conasems, mas são espaços virtuais onde geralmente imperam disputas de poder de grupos hegemônicos locais que não representam as necessidades locais¹².

A Educação Popular em Saúde, ao passo que tem como missão a construção de espaços onde os sujeitos sociais possam habitar e se movimentar, articulando-se na luta por melhores condições de vida, pode ser entendida como uma importante ferramenta prática de subjetivação concreta do ideário do Controle Social¹³.

Nesse contexto, importante desafio à efetivação do Controle Social é a formação de sensibilidade¹⁴. Parte do pressuposto que a sensibilidade deva ser ativamente construída de modo a se formarem indivíduos mobilizados¹¹. Esse é um grande desafio que se apresenta imperativo, a sensibilização e instrumentalização da sociedade civil de modo a cada vez mais indivíduos se empoderarem de sua situação em saúde e lutarem por melhores condições de vida.

Apesar de legitimar a participação popular nas decisões políticas virtualmente democráticas, marginaliza a construção simbólica de sujeitos epistêmicos capazes de repensar sua realidade e construir dispositivos de mudanças sociais, criando estruturas rígidas incapazes de se moldar conforme a sociedade¹².

Nessa conjuntura, fica o desafio de se criar sujeitos sensíveis às causas coletivas e capazes de utilizar a estrutura legal do Controle Social como ferramenta de luta. Mas, além disso, precisa-se criar métodos de introjetar o sujeito nas instituições e políticas públicas em saúde, torná-las flexíveis ao conhecimento auto reflexivo e empoderamento social, capaz de abarcar diferentes necessidades ensejadas por uma sociedade dinâmica de sentidos e desejos.

Forma importante de reconstrução da estrutura simbólica é o estabelecimento de vínculos entre comunidades e instituições, de tal forma que se desconstrua o estranhamento, decorrente do distanciamento. Convém ressaltar que o estranhamento não é apenas simbólico, mais que mobiliza ações entre profissionais, comunidades e estudantes, sendo imprescindível

a elaboração de ferramentas efetivas de desenvolvimento de vínculo, sensibilidade ativa e amorosidade nas relações.

Ao assumir a Educação Popular em Saúde como um projeto de libertação, de autonomia e de cogestão voltado à construção de sujeitos sociais, deixa margem para a utilização dessa política como ferramenta emancipatória. Legitimando sujeitos ativos e mobilizadores, ao passo que se forma sujeitos históricos que modifiquem sua realidade e epistêmico que repensem sua realidade¹⁵. O que direciona a construção de sujeitos ou comunidade ativa e mobilizadora de sua situação rumo a uma melhor qualidade de vida, daí a necessidade da criação de sujeitos empoderados, sensibilizados e da formação de instituições flexíveis o bastante para considerar as modificações dos sujeitos e participações legítimas, ampliando a representatividade dos conselheiros.

Faz-se imperativo, pois, não só aumentar a legitimidade dos Conselhos, mas qualificar as representações sociais sob a ótica de promoção da saúde e repensar os modos de Controle Social.

Admite-se, então, que a Sensibilização Social se comunique com as instituições por meio da Educação Popular em Saúde (EPS). Desse modo, o passo seguinte seria a flexibilização dessas instituições para abarcar sujeitos sociais na tomada de decisões políticas. Por esse motivo, em 2003 institucionalizou-se como “área técnica” do Ministério da Saúde com o pressuposto de legitimar a participação de sujeitos ativos, criativos e transformadores na elaboração de dispositivos e práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos¹⁶.

O Controle Social, por seu lado deve dialogar com a Formação com vistas à flexibilização das Instituições de Ensino e articulação com o movimento estudantil com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades de saúde.

Convém acrescentar que, para além da qualificação de mão de obra para o SUS, a articulação Ensino-Serviço-Comunidade por meio da união entre Movimentos Estudantis e Controle Social pode constituir mais uma ferramenta efetiva de mobilização e criação de sensibilidade que convirjam para a ampliação de sujeitos socialmente mobilizados, substrato *nine quan non* existirá Controle Social.

Pode assumir o conceito de Educação como sendo sinônimo de Conscientização¹⁷ - racionalidade com vistas à construção de uma consciência verdadeira - ele assume a importância política da Educação ao passo que a construção concreta da democracia demanda pessoas emancipadas. Nesse contexto, acrescenta, só é possível pensar a Educação se dirigida à autorreflexão como elemento de esclarecimento frente aos mecanismos de manipulação ideológica e opressão física⁹⁻¹⁸.

Relacionando a temática para a Educação Popular em Saúde, com seu borrão de limites, amplia-se o espaço para o campo da vida, o espaço onde as relações sociais se desenvolvem. Nesse contexto, deve haver Educação Emancipatória em qualquer lugar onde haja opressão.

Conclusão

Por muito tempo as ações governamentais defendem interesses particulares de alguns grupos socialmente dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse coletivo. É nesse sentido que a Lei 8.142/90 toma importância, por representar a cisão entre duas formas de governo quanto ao Controle Social sobre o Estado. Todavia, mesmo os Conselhos têm constituído campo de formação de consensos e pactuações, considerados mais uma ferramenta de controle das decisões públicas. A luta pela capacitação dos membros dos Conselhos é, então, o desafio maior para a efetiva aplicação do Controle Social previsto na legislação do SUS.

Uma das maiores desafios ao controle social se relaciona a construção de sujeitos empoderados. Nesse sentido, a equipe de profissionais e a organização de saúde devem focar na ampliação do usuário no que pese ao acontecer social e cultural. Repensando modelos de educação em saúde, oferecendo a autonomia e a construção de indivíduos capacitados para interferir e/ou modificar sua própria vida. A educação permanente é peça chave e essencial ao fortalecimento do SUS. Juntamente com essa ferramenta se constrói a educação popular em saúde, a qual se faz necessária para a construção de sujeitos epistêmicos na sociedade capazes de

repensá-la e interferir na formação de políticas em saúde, contribuindo para construção de uma sociedade solidária e mais justa, com bases humanísticas, sendo um desafio à democracia participativa tendo o SUS como sistema garantidor da saúde⁹.

A educação popular auxilia na recriação de cidadãos ativos, críticos e organizados ao passo que se constitui por buscas de superações, criatividade e saberes acumulados. O que não é bem o ocorrido nos tempos presentes, já que é suprida a educação, relegando a população ou sua maior parte, a ignorância o que leva a um imobilismo social devido a ausência da criação da consciência política. Tais construções influenciam na capacitação de conselheiros sobre a visão coletiva no que tange aos aspectos de mobilização e representatividade social.

A união destas ferramentas influencia na reformação da gestão, a qual transpassa de uma estrutura rígida a uma gestão participativa possibilitando a recriação dos saberes em saúde.

Referências

1. Correia MVC. A Relação Estado-Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 2004:77.
2. Yamamoto MV, Carvalho R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez/Celats, 1988.
3. Almeida MG, Nunes AF, Silva TMGV, Pedrosa JIS, França LD. Desafios da integralidade em um território desintegrado: da cidadania à promoção da saúde. Anais I simpósio internacional sobre território e promoção da saúde, Uberlândia, UFU, 2012.
4. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
5. Barbosa DRM, Almeida MG, Barbosa MM, Mota LM. Desafios e perspectivas do controle social no SUS [abstract]. X Congresso Internacional da Rede Unida, 2012. Disponível em <<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/rredeunida/ru10/paper/view/3829>>, acessado em 10/05/2013.
6. Rodrigues ADJ. Metodologia científica. São Paulo: Avercamp. 2006: 90.
7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. 1990.

8. Sposati A, Lobo E. Social Control over Health Policies. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v8n4/v8n4a03.pdf>>, acessado em 06/04/2013.
9. Gerschman SV. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira; *Studyofhealth system reform*. Fiocruz. 2004.
10. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde; The multiple meanings of "empowerment" in the health promotion proposal. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(4), 1088-1095. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>, acessado em 10/05/2013.
11. Ceccim RB, Feuerwerker IC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 2004: 14(1), 41-65. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>, acessado em 03/05/2013.
12. Almeida MG, Barbosa DRM, Pedrosa JIS. Universidade: espaço de conquistas do controle social. *Gestão e Saúde*, 2013: 1(1), pag-2146. Disponível em <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/393/pdf_1>, acessado em 05/05/2013.
13. Valla VV. (Org.) *Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares, 1993.
14. Pedrosa JIS. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2001: 5(8), 137-138. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/13.pdf>>, acessado em 04/05/2013.
15. L'abbate S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.4, p.481-490, 1994. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>>, acessado em 12/05/2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
17. Adorno TW. *Educação e emancipação*. Trad. Wolfgang Leo Maar. 3ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003
18. Pucci B. Teoria crítica e educação: a questão da formação cultural na Escola de Frankfurt; *Criticaltheoryandeducation: thequestionof cultural education in Frankfurt School*. Vozes; Edufiscar. 2003.