



Palavras-chave: Controle social; Política Nacional integral à saúde da mulher; Instrumentalização.

ABSTRACT:

The objective of this study was to understand and analyze how social control takes place within the framework of the National Policy for comprehensive health care for women. This theme was chosen because, although the Brazilian legal system has a series of instruments of exercise of popular sovereignty, including among them the participatory citizenship, in the scope of the right to women's health this subject is still little discussed, due to several factors, such as cultural, political and social. In the course of this work, the method of deductive approach and the monographic procedure were used. The techniques involved bibliographic research. The results obtained confirmed that, among other issues, although progress has been made in achieving the various forms of citizenship, and even though the National Comprehensive Policy on Women's Health has ways of exercising this participation through social control instruments, in practice it is still little used, and participation is summarized only in the field of representative citizenship. For this reason, it is necessary to strengthen the field of direct citizenship and consequently of its tools of social control, enabling society to experience, debate and decide issues related to women's health, thus propagating a culture of reduction of violence, oppression and violation of rights.

Keywords: Social control; National policy integral to women's health; Instrumentation.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu em seu texto três instrumentos de exercício da soberania popular, sendo eles a cidadania direta, semidireta e indireta, fazendo com que a sociedade tivesse à sua disposição ferramentas para a realização destes direitos.

Seguindo esse norte e tendo em vista a prática da cidadania participativa, o Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher visando implementar ações de saúde que contribuam com a garantia dos direitos humanos das mulheres e consequentemente com a redução da morbimortalidade.



Entretanto, para que esta Política seja concretizada na prática, se faz necessário a atuação de toda sociedade no que diz respeito à discussões, sugestões e deliberações de assuntos que envolvam à saúde da mulher para que esta seja efetivada em sua integralidade e não de forma fragmentada e dispersa, gerando ainda mais consequências para sua vida.

Para isso a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher conta com um planejamento para criar um aparato de controle social, possibilitando que a sociedade tenha a seu dispor instrumentos para serem utilizados de modo a consolidar o direito à saúde da mulher.

Sendo assim, hoje, tal política serve como um norte e conta com o apoio de diversos conselhos que atuam de modo interdisciplinar, onde as diversas áreas do direito acabam se comunicando, tais como o conselho da saúde, conselho da mulher, conselho do idoso e algumas conferências.

Portanto, visando trazer uma reflexão acerca do controle social no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o artigo está dividido em três partes.

A primeira estuda as definições de controle social, destacando tanto àquele realizado pelo Estado sobre a sociedade, quanto o praticado pela sociedade nas ações e planejamentos elaborados pelo ente público.

Em seguida, descreve a Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher, elencando algumas diretrizes que devem ser seguidos por todos os entes da federação, fortalecendo assim o direito fundamental à saúde da mulher, bem como a discussão de gênero.

Por fim, traz uma reflexão sobre o exercício da cidadania participativa realizada por meio do controle social, apontando os instrumentos que são utilizados para o preenchimento destes espaços participativos e os desafios que ainda resta enfrentar.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Definições de controle social

O exercício do controle social na realidade brasileira tem enfrentado diversos debates e reflexões, devido o desafio de despertar na população a



importância de sua atuação nos espaços sociais, como forma de se construir um novo projeto societário.

Isso porque culturalmente falando, no Brasil a participação por vezes fica resumida tão somente no ato de votar, ou seja, no sistema representativo, fazendo com que os espaços de atuação popular acabem caindo no esvaziamento e esquecimento, ficando apenas positivado no texto da Constituição Federal de 1988.

Entretanto, antes de se adentrar na discussão voltada à exclusão ou pouca utilização da cidadania participativa como forma de controle social, se torna necessário entender a definição deste controle, bem como seus principais elementos.

Dessa forma, o controle social pode ser abordado sob duas perspectivas, uma relacionada ao controle que o Estado exerce sobre os cidadãos através de mecanismos tanto jurídicos, quanto políticos, e outra, o controle que estes exercem sobre o Estado (CAMPOS, 2006; SILVA, UGOSKI, 2019; SILVA, FERREIRA, BARROS, 2008; PEREIRA, DAL PRÁ, 2012).

No entanto, cabe lembrar que este exercício do controle do Estado em relação às pessoas “vem sofrendo algumas transformações durante a história das sociedades” (SOUZA, 2010, p.168), ou seja, o conceito atribuído ao termo na contemporaneidade é completamente diferente daquele empregado em contextos ditatoriais vividos pelo país.

Este cenário é apresentado por Bravo e Correia (2012, p.127):

durante o período da ditadura existiu forte controle do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, forma que a classe dominante encontrou para exercer sua hegemonia, dando suporte para a consolidação do capitalismo monopolista. No processo de redemocratização do país a expressão controle social passa a ser compreendida também como controle da sociedade sobre o Estado.

De todo modo, essas duas concepções de controle estão postas na sociedade, sendo que uma não elimina a outra, pelo contrário, existe um trabalho de complemento, onde o Estado possui suas atribuições de controle e as pessoas seus instrumentos para atuação social.

Pode-se dizer então que “as duas práticas continuam vigentes na sociedade e por vezes se manifestam inclusive nos mecanismos criados para o



controle social de políticas públicas” (SILVA, et al, 2008, p. 254), cabendo cada qual o exercício de seu papel.

Para fins deste estudo, utilizar-se-á a expressão controle social no sentido da sociedade fiscalizando e controlando as ações do Estado, abordando os diversos conceitos atribuídos a esta categoria, possibilitando uma análise crítica quanto a sua efetivação na sociedade.

Trajanó e Ramalho (2019, p.06), definem controle social como a “participação da população na gestão pública que garante aos cidadãos espaços de influir nas políticas públicas, além de possibilitar o acompanhamento, a avaliação e a fiscalização das instituições públicas”, tendo como objetivo principal o respeito e a garantia dos interesses sociais.

O controle social pode ser compreendido então, como o engajamento da sociedade tanto na formulação da agenda pública, quanto na fiscalização e execução das políticas públicas, fazendo com que estas tenham maior efetividade ao serem objeto de discussão da população.

Além disso, o exercício do controle social implica o planejamento e organização da sociedade na fiscalização do Estado, influenciando nos caminhos, propondo ideias, prioridades, planos de ação, possibilitando maior transparência das informações pelo governo emitidas, seja ele Federal, Estadual, Distrital ou Municipal, ampliando os sujeitos coletivos nos processos decisórios (OLIVEIRA, 2015; SILVA, CRUZ, MELO, 2007; BOBBIO, 2002).

Por outro lado, Campos (2006, p.104) levanta duas perspectivas nas quais o controle social pode ser exercido.

Uma de natureza técnica, que acentua a fiscalização administrativa, a outra, de natureza sociopolítica que valoriza o envolvimento da sociedade civil nos assuntos que conformam a agenda do governo. A primeira dimensão fortalece as estruturas do próprio Estado [...], a segunda é de natureza mais política, pois filia-se a um ideal que radicaliza a democracia, atribuindo-a uma dimensão mais coletiva. É nesta dimensão que o Brasil vem desenvolvendo importantes experiências na gestão do interesse público.

Essas maneiras em que o controle social se exterioriza caminham juntas, sendo que ambas possuem como objetivo comum a interferência da sociedade civil nas questões emanadas pelo Estado, sendo que esta relação acaba proporcionando



um diálogo entre os entes federativos e a população, fazendo com que as esferas por eles debatidas tenham maior efetividade.

Ao tratar sobre esse assunto Oliveira (2019, p.42) problematiza o termo “controle social”, pois para ele conceituá-lo é algo mais complexo do que se pode imaginar, onde “ora a literatura adota a expressão de forma conjugada, ora privilegia somente a primeira- controle, o que por si só já anuncia a ambiguidade de que o tema se reveste”, ou seja, não existe uma uniformidade quanto a nomenclatura que se propõe trabalhar.

Partindo desse ponto de vista, pode-se considerar que o termo participação social seria mais condizente com a possibilidade das pessoas interferirem na esfera estatal, já que a palavra controle desperta a ideia de dominação, autoridade, poder, indo de encontro com o trabalho conjunto que se propõe ao definir tal categoria como “a capacidade da sociedade organizada interferir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração de metas” (BRASIL, 2010, p.05).

Advindo com a Constituição Federal de 1988 o controle social se consolida enquanto instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão estatal, admitindo que nessa interação ocorra a busca pela garantia de direitos (BRASIL, 1988; BRASIL,2004-B).

Portanto, o que se percebe é uma preocupação em se consolidar espaços de participação, para que com isso os anseios das pessoas sejam ouvidos, como também as ações desempenhadas pelo Estado sejam fiscalizadas e deliberadas pela sociedade, resultando num verdadeiro processo democrático.

Além disso, existe ainda a dificuldade em se estabelecer qual o papel da população frente às políticas públicas, entretanto, não se pode negar que o exercício do controle social implica no “planejamento, acompanhamento, avaliação e fiscalização da oferta dos programas, serviços e benefícios” criados pelo Estado (BRASIL, 2004).

Então, a inserção da sociedade civil enquanto protagonista na fiscalização e construção de políticas sociais públicas que atendam os interesses de toda a população foi uma das conquistas da Constituição Federal de 1988, e isso teve também reflexos em outros regulamentos jurídicos.

Porém, para que essa participação ocorra, faz-se necessário instrumentos que possibilitem a inserção destes sujeitos enquanto atores sociais, ou seja,



mecanismos que sejam colocados a disposição da sociedade incentivando-os ao engajamento participativo. Devido a isso que tanto os conselhos como as Conferências encontram espaço na sociedade enquanto ferramentas de exercício do controle social, porém ambos devem ser desenvolvidos dentro de sua área de atuação e participação facilitando a participação da sociedade.

2.2 A Política Nacional de atenção integral à mulher

A 16 anos após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que estipulou o direito a saúde e 14 anos após a criação da lei do SUS, no ano de 2004, no governo do Partido dos Trabalhadores, devido a demanda de movimentos sociais de mulheres, e, levando em conta a representatividade feminina no então governo, foi elaborada a “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”. (BRASIL, 2004)

Logo em seu início, no sumário, a política demonstra sua intenção em ser eficaz a ponto de garantir o direito fundamental à saúde para todas as mulheres, pensando na sociedade em que ela será inserida:

| | |
|--|-------------------|
| Sumário | |
| Apresentação | 5 |
| Abreviaturas | 7 |
| Introdução | 9 |
| Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero | 11 |
| Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher | 15 |
| Situação Sociodemográfica | 21 |
| Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil | 25 |
| Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher | 59 |
| Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher | 63 |
| Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher | 67 |
| Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher | 69 |
| Referências Bibliográficas | 73 |
| Parcerias | 79 (BRASIL, 2004) |

A preocupação do ministério da saúde e do extinto ministério da mulher, com a criação de políticas públicas capazes de garantir o acesso à saúde das mulheres, o texto da política é exposto de maneira simples. Tal política reforça e enfatiza a importância da participação dos movimentos sociais das mulheres e da sociedade civil em si, bem como da comunidade científica. (BRASIL, 2004).



Todo o texto da política busca destacar a importância das demandas de gênero, afirmando que, só é possível levar saúde a todas as mulheres se forem observados os contextos sociais em que estão inseridas e as demandas de gênero:

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004)

A política enfatiza ainda, a necessidade dos governos, estaduais e municipais, de levarem em consideração a diversidade presente em seus territórios, sendo dever destes, adaptarem a política na medida das necessidades das mulheres. (BRASIL, 2004).

Ao encerrar sua apresentação, a política demonstra a preocupação do governo petista e do ministério da mulher em promover a saúde, em todo território, da mulher, assumindo que “ao formular a política que deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher para o período 2004-2007, se espera contribuir para que as mulheres brasileiras avancem nas suas conquistas, na perspectiva da saúde como direito de cidadania”. (BRASIL, 2004).

As demandas de gênero e a forte influência dos movimentos sociais foram importantes na criação da política pública de atenção integral à saúde da mulher, devendo esta ser capaz de suprir as necessidades de toda cidadã brasileira, desde os lugares mais remotos do país até as grandes capitais.

Analisando o governo petista, podemos perceber que este possuía uma base forte de movimentos sociais incluído nestes os movimentos das mulheres, o que impulsionou a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), transformada em Ministério anos depois, Ministério extinto após a retirada do partido do poder com o impeachment da então Presidenta Dilma. (BRASIL, 2017).

Retornando a análise da PNAISM, observa-se que ela foi criada com o intuito de levar solução para os problemas de saúde das mulheres, devido ao fato delas serem as principais usuárias do SUS – Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004).



Os criadores da política levaram em consideração a realidade do país, tentando entender o contexto e o meio ambiente em que cada mulher estaria inserida:

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. (BRASIL, 2004)

A política se organiza em tópicos, conforme demonstrado acima, em sua apresentação, ela faz um panorama de como ela deve ser usada, seguindo para um introdução que demonstra a importância da criação desta política, devido ao contexto social do país e das condições em que vivem as mulheres em todo o território. (BRASIL, 2004).

O tópico seguinte, *saúde da mulher e o enfoque de gênero*, visa demonstrar a importância do gestor em observar todas as demandas de gênero existentes no país. Tratando as mulheres de maneira desiguais, para conseguir alcançar a efetivação do direito a saúde para cada uma delas.

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. (BRASIL, 2004, p. 13).

A seguir, o texto da política demonstra a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher, afirmando que a saúde da mulher sempre foi incorporada a políticas de saúde em geral, limitadas, principalmente a gravidez e parto. O tópico demonstra ainda a importância da criação, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que possibilitou a criação de planos mais voltados para a educação em termos de saúde da mulher. (BRASIL, 2004).

Ao falar, no tópico seguinte, sobre *a Situação Sociodemográfica* a política apresenta a projeção do crescimento populacional no país, focando no crescimento



da população feminina, apresentando um aumento de 65% de mulheres, conforme o IBGE de 2003, tornando este segmento social necessitado de criação de uma política pública específica para tal. (BRASIL, 2004).

O texto segue fazendo um Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil, dando principal atenção a morte das mulheres por decorrência do parto, precariedade de atenção obstétrica, abortos em condições de risco, precariedade da assistência anticonceptiva, DSTs, violência doméstica e sexual, saúde da mulher adolescente e da menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônicas-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres negras, saúde da mulher indígena, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras rurais e saúde das presidiárias. (BRASIL, 2004).

Ao adentrar no tópico seguinte, a política destaca a Humanização e Qualidade: Princípio para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher fazendo uma lista de onze elementos que devem ser levados em consideração para se atingir os princípios de humanização e qualidade da política. Destes, destacamos a “análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias”, podendo o gestor usar da participação popular como auxílio nestas mudanças. (BRASIL, 2004, p. 61).

O texto traz quatorze diretrizes a serem usadas pelos gestores, da qual destacamos o dever do gestor em promover a participação popular na criação de ações derivadas da política.

No processo de elaboração, execução e avaliação das Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher. (BRASIL, 2004, p. 65).

Os objetivos gerais da política são três: melhoria das condições de vida e de saúde da mulher, redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e ampliação, qualificação e humanização do atendimento das mulheres no âmbito do SUS. (BRASIL, 2004).

Os objetivos específicos e estratégias da política são diversos, baseados no diagnóstico da saúde da mulher no país e buscando atingir todas as categorias



de mulheres e as mais diversas doenças que as atingem de forma específica e focal. (BRASIL, 2004).

2.3 Os instrumentos de controle social na Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher

Tratar sobre os instrumentos de controle social sem mencionar o que vem a ser cidadania é cair em um erro irreparável, uma vez que é por meio desta que tal controle se efetiva.

Logo, a cidadania para Bastos (2002, p.81), deve ainda ser diferenciada de ser cidadão, pois àquela consiste

na manifestação das prerrogativas políticas que um indivíduo tem dentro de um Estado democrático. Em outras palavras a cidadania é um estatuto jurídico que contém os direitos e as obrigações da pessoa em relação ao Estado. Já a palavra “cidadão” é voltada a designar o indivíduo na posse dos seus direitos políticos. A cidadania, portanto, consiste na expressão dessa qualidade de cidadão, no direito de fazer valer as prerrogativas que defluem de um Estado Democrático (p.81).

A partir de tal explanação pode-se considerar que a cidadania é primordial para a participação das pessoas nos assuntos públicos, sendo que a limitação de seu exercício obsta conseqüentemente a própria democracia, se violando assim a condição do ser cidadão.

Desse modo, a Constituição Federal de 1988 trouxe três formas de participação popular, sendo elas a cidadania direta (Art. 1º, § 1º), semidireta (Art. 14, I, II e III) e indireta (Art. 14), demonstrando o comprometimento com a atuação da sociedade no que tange aos assuntos públicos.

A cidadania direta,

apesar de se contrapor à representação no que diz respeito ao exercício direto da cidadania a partir das manifestações coletivas da Sociedade, o paradigma participativo não renega a existência da democracia representativa, mas apenas lhe retira a exclusividade como lócus do exercício da cidadania. Deste modo, teremos uma coabitação entre o paradigma moderno representativo e o paradigma participativo pós-Moderno (VIEIRA, 2013, p.180).

A própria Constituição Federal de 1988 foi elaborada num cenário de mobilização e participação social, resultando num documento de caráter



democrático, já que acolhe em seu texto os diversos modos de exercício da soberania popular.

Logo, o controle social está inserido neste cenário de cidadania participativa, trazendo a importância de cada Política Pública contar com o apoio de conselhos deliberativos, audiências públicas, conferências, dentre outros, pois ninguém mais que o próprio público alvo de tal política para perceber os anseios e dificuldades na efetivação de direitos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estabelece dentre seus objetivos específicos

Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres: – promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2004, p.72)

Fica demonstrado portanto, o engajamento de tal política em sustentar seus pilares na participação da sociedade, em especial no movimento de mulheres feministas, visando com isso o fortalecimento de uma rede de comunicação entre os diversos setores da sociedade, evitando assim a permanente violação de direitos.

Para entendermos o controle social na Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher é preciso entender como ele funciona no âmbito do Sistema Único de Saúde e como ele foi se moldando ao longo do tempo.

O Controle Social no Sistema SUS, espaços de participação política direta dos cidadãos, é representado por meio de Conferências e Conselhos de Saúde. Contudo, para compreender a construção destes espaços, é necessário revisitar o tratamento dado à saúde pública no Brasil até a promulgação da Carta Constitucional de 1988.

A partir de 1930 surgem os IAPs (com a unificação das Caixas de Aposentadorias e Pensões), agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais (trabalhadores marítimos, industriários, bancários, etc). Os Institutos de Aposentadorias e Pensões eram geridos pelo Estado, e os recursos financeiros que mantinham os Institutos eram de origem tripartite (Estado + empregador + empregado) (COHN et al., 1999, p.15-16).



As duas estruturas (CAPs e IAPs) conviveram por décadas até 1966, quando todo o sistema previdenciário é unificado, dando origem aos INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Até a década de 70 a rede pública de serviços de saúde não contemplava a assistência médica individual, somente a partir da promulgação da Lei nº 6.229/75, que dispôs sobre a organização do sistema nacional de saúde, que os serviços ligados ao Ministério da Saúde passaram também a contemplar os serviços de assistência médica individual (BRASIL, 1975).

Nas palavras de Arouca (1987, p.37) no auge do seu chamado “milagre econômico” quando o Brasil “conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados”. Logo, “passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário” (AROUCA, 1987, p.37).

Foi no sentido anterior que se cunhou a frase: "Saúde é democracia", pois o problema do país não era a falta de “conhecimentos, técnicas e profissionais para resolver o problema de saúde”, segundo Arouca, “o problema era de decisão política, e a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida do nosso povo”. (AROUCA, 1987, p.37)

Na passagem da década de setenta para a de oitenta, floresce os movimentos sociais com a proposta de democratização da Saúde, do Estado e da Sociedade. Toda essa articulação de forças da Sociedade “participou direta ou indiretamente das tentativas de melhorar o sistema de saúde previdenciário então vigente e impedir a privatização em curso acelerado do setor saúde”. (PAIM, 2012; VIEIRA, 2013)

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira uniu intelectuais da área da saúde (médicos e lideranças políticas), organizações estudantis, sindicais e comunitárias, movimento da medicina comunitária, movimentos das outras áreas da saúde e o movimento popular em saúde. (VIEIRA, 2013; GERSCHMAN, 1995)

As propostas e o processo de reformulação da política de saúde vai adquirir sua “mais acabada expressão com a VIII Conferência Nacional de Saúde



em 1986”, onde o termo ‘reforma sanitária’ foi a denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde (GERSCHMAN, 1995; PAIM, 2012).

Destaca-se que as Conferências de Saúde datam de uma longa história³, segundo Vieira (2013, p.350) a “primeira legislação a tratar das conferências de saúde foi a Lei nº 378 de 1937, a qual, ao organizar o Ministério da Educação e Saúde Pública, criou as conferências de saúde, que seriam realizadas a cada dois anos sem a participação da Sociedade”.

Sergio Arouca, presidente da VIII CNS, ressaltava a necessidade de realizar uma ampla e “profunda Reforma Sanitária” no Brasil, pois essa não poderia “ser confundida com reforma administrativa nem apenas com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições”. (AROUCA, 1987, p.42)

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco na história do controle social em saúde, pois além de constituir-se em um novo paradigma do âmbito da saúde, ela rompeu com o modelo privatizante então existente e representou concretamente a constituinte da saúde.

É com a realização da VIII CNS que se forjou o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) e mais do que isso, foram assegurados mecanismos de efetivação para os Conselhos de Saúde, nos quais a população passou a ter direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde. Com o advento da Constituição de 1988, restou estabelecido no artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde, seriam organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, seguindo algumas diretrizes como a descentralização, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade na gestão (BRASIL, 1988).

A participação popular no controle das ações e serviços públicos de saúde é regulada pela Lei nº. 8.142, de 28 dezembro de 1990, que dispôs em seu artigo 1º que o controle social em saúde ocorrerá por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. A referida lei estabeleceu que as Conferências de Saúde irão ocorrer a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Já os Conselhos de Saúde,

³ - Até 2017 realizou-se um total de quinze Conferências, sendo que entre 1941 a 1980 ocorreram sete (sem participação da Sociedade); uma durante o período de redemocratização do país com a participação da Sociedade e sete após a promulgação da CRFB/1988.



de caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Ambas as formas de participação deve ocorrer de modo paritário, com representação dos usuários (BRASIL, 1990-B).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2012, p. 567) o Controle Social no SUS, “traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo”.

Para além das questões técnicas e políticas que envolvem o Sistema Único de Saúde, que devem ser processadas por profissionais preparados, há outras questões que devem ser decididas pelos usuários desse sistema, e isso ocorre pelo simples fato de falarmos de um sistema de saúde universal, portanto, este diz respeito diretamente a todas as pessoas que dele façam uso, o financiam e dele se beneficiam (AGUIAR, 2011, p. 13).

Esses pontos destacados anteriormente, revelam que a democratização dos serviços de saúde ocorreu dentro de um processo lento e gradativo, e para a concretização de um sistema público, gratuito e universal, a participação popular foi/é de suma importância para a concretização de tal projeto.

Ainda que a Constituição Federal de 1988, assim como a legislação infraconstitucional, assegurem o direito humano e fundamental à saúde para todos, é necessário compreendermos tal direito como um processo de luta contínuo, pois lembra Vieira (2013, p. 275) que a saúde é influenciada pelo meio no qual o sujeito humano convive e pelas relações políticas, econômicas e sociais.

Portanto, não há dúvidas que os espaços de Controle Social são fundamentais para concretização do Sistema Único de Saúde. Assim, o podemos traçar um paralelo do controle social no SUS para a PNAISM, onde a participação popular, principalmente das mulheres, é de suma importância para sua efetivação.

3. CONCLUSÃO

O processo de construção do termo controle social pode ser encarado de dois modos: seja daquele realizado pelo Estado perante a sociedade, bem como daquele efetivado por esta diante do Estado, entretanto, este último foi o modo de controle social escolhido para estudar neste artigo.



Partindo do pressuposto de que o controle social é realizado diretamente pela sociedade, este se encontra inserido no âmbito da cidadania participativa, que juntamente com a representativa e semidireta na Constituição Federal de 1988 possibilitou o reconhecimento do respeito aos direitos políticos, sociais e culturais, ocasionando uma importante conquista para o Estado Democrático de Direito.

Além disso, tal documento constitucional avançou em termos de estruturação da cidadania participativa na elaboração e controle das políticas públicas realizadas pelo Estado, em especial na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, significando uma preocupação com a garantia de direitos.

Portanto, tal política se utilizou desse contexto de cidadania participativa, onde ao Estado coube a ampliação de sua atuação, bem como o incentivo às discussões na sociedade, e elencou dentre seus objetivos específicos a consolidação do controle social como modo de promover a integração com o movimento de mulheres feministas e concretizar o direito fundamental à saúde da mulher em sua integralidade.

Por fim, cabe destacar que este controle social no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é um processo em construção e que somente poderá cumprir o seu papel na concretização da cidadania, através da reinvenção quotidiana desses espaços de democracia participativa.

Referências

- AGUIAR, R. **Saúde Pública, SUS e Participação Social**. Caderno Texto do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais de Saúde. Belo Horizonte, 2011.
- AROUCA, A.S. **Democracia é saúde**. In: Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.35-42.
- BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de teoria do Estado e ciência política**. 5. ed São Paulo: Saraiva, 2002.
- BOBBIO, Norberto. [Verbete: democracia.] In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 12 ed. Brasília: UNB, 2002. p.319-328.



BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 29 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm> Acesso em: 31 de mar de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990-b**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 31 de mar de 2019.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>. Acesso em 30 mar. 2019.

_____. **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004-B**. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social. Disponível em: www.mds.gov.br. Acesso em 01 fev. 2019.

_____. **Orientações gerais do Conselho Nacional de Assistência Social para a adequação da lei de criação dos conselhos às normativas vigentes e ao exercício do controle social no SUAS**. Brasília, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Soc.** São Paulo, n.109, p. 126-150, jan/mar. 2012.

CAMPOS, Edval Bernardino. Assistência social: do descontrole ao controle social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 88, ano XXVI, jun. 2006.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa: um estudo de reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

OLIVEIRA, Marcelo P. das Neves de. **O novo paradigma de democracia e de cidadania instaurado pela CF/88**. Disponível em http://arquivos.informe.jor.br/clientes/justica/pronasci/informativo_pronasci/artigo_pronasci_03_12_09.pdf. Acesso em 22 mar. 2019.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PEREIRA, Daniela Cristina; DAL PRÁ, Keli Regina. Controle social e assistência social: aspectos da realidade dos Conselhos Municipais do Estado de Santa Catarina. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, 18(2): 93-105, jul.-dez./2012.

