

Controle social ativo: análise do registro público das atas de um conselho municipal de saúde

Active social control: analysis of the public registration of the record of a municipal health council

Marina Souto Dalmaso

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.

E-mail: marina.dalmaso@hotmail.com

Lucas Balsanelli Souza

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.

E-mail: ba.lucas@gmail.com

Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.

E-mail: fabianeribeiro04@gmail.com

Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Docente na Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre.

E-mail: andreawb@ufcspa.edu.br

Resumo

Objetivo: Analisar a participação do Conselho Municipal de Saúde, de um município do estado do Rio Grande do Sul, nos processos de discussão, formulação, proposição, fiscalização, implementação e avaliação das Políticas Públicas de Saúde. **Métodos:** análise das Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2017. Após coleta das demandas de saúde trazidas pelos participantes do CMS, os dados foram analisados com a aplicação da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** As demandas de saúde levantadas pelos conselheiros foram agrupadas em três grandes categorias. A categoria “Prestação de serviços públicos de saúde” refere-se às falas sobre dificuldade de acesso, oferta insuficiente de serviços de saúde, falta de recursos materiais e insumos farmacêuticos e limitações na estrutura física das unidades. A categoria “Vínculos profissionais e o processo de trabalho no SUS” diz sobre as demandas que envolvem os profissionais da saúde e a necessidade de recursos humanos na Atenção Básica, bem como a insegurança e situações de violência no contexto de trabalho. Por fim, a categoria “Fiscalização e Controle dos Recursos e Ações em Saúde” contempla as falas sobre transparência na alocação de recursos públicos e o (não) cumprimento da legislação que versa sobre atuação do controle social. **Conclusão:** Estas demandas, além de encontrarem respaldo nas discussões internas do CMS, possuem similaridades com demandas externas ao controle social, desta forma, conclui-se que esta instância colegiada

participa ativamente do Sistema Único de Saúde, de maneira independente, autônoma e representativa.

Palavras-chave: Conselhos de saúde; Participação da comunidade; políticas de Controle Social.

Abstract

Objective: To analyze the participation of the Municipal Health Council (CMS), of a municipality in the state of Rio Grande do Sul, in the processes of discussion, formulation, proposition, inspection, implementation and evaluation of Public Health Policies. Methods: analysis of the minutes of ordinary and extraordinary meetings data from a CMS in 2017. After collecting the health demands brought by CMS participants, the data were analyzed using the content analysis technique proposed by Bardin. Results: The health demands raised by the counselors were grouped into three major categories. The category “Provision of public health services” refers to the statements about

difficulty in access, insufficient supply of health services, lack of material resources and pharmaceutical supplies and limitations in the physical structure of the units. The category “Professional connections and the work process in SUS comprises the demands that involve health professionals and the need for human resources in Primary Care, as well as insecurity and situations of violence in the work environment context. Finally, the category “Inspection and Control of Resources and Actions in Health” includes statements about transparency in the allocation of public resources and the (non) compliance with the legislation that deals with the performance of social control. Conclusion: These demands, in addition to finding support in the internal discussions of the CMS, have similarities with demands that go beyond social control, thus, it is concluded that this collegiate body actively participates in the Unified Health System in an independent, autonomous and representative manner.

Keywords: Health councils; Community participation; Social control policies.

Introdução

O processo legal de criação do SUS teve início em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que deu destaque para os vários aspectos que procuravam garantir o acesso de todos à cidadania. Dentre estes, estabeleceu-se a saúde como direito social e definiu-se sua manutenção como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Com a promulgação da “Constituição Cidadã”, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, que deve garantir a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva¹.

Atendendo aos pressupostos da Constituição, em 1990, promulgou-se a Lei nº 8080/90², lei que instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde de acordo com as diretrizes previstas no Artigo nº 198 da Constituição Federal de 1988¹. A Lei dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e estabeleceu as diretrizes e normas que direcionariam o novo sistema de saúde.

A participação social na gestão das políticas públicas foi institucionalizada no SUS por meio da Lei nº 8.142/90³, que além de estabelecer os

critérios sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, disciplinou a participação da comunidade na gestão do sistema. A lei definiu que cada esfera de governo contaria com a presença de instâncias colegiadas, Conferências e Conselhos de Saúde, como instâncias de participação popular, ambas com representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos e com sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio.

A institucionalização dos locais de participação da comunidade no SUS transformou os conselhos de saúde e as conferências de saúde em dois dos principais espaços democráticos para o exercício da participação e do controle social⁴. Em caráter permanente e deliberativo, os conselhos de saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros³. Podem ser citadas de maneira exemplificativa algumas de suas principais atividades: fiscalização do financiamento da saúde, estabelecimento de prioridades para as ações e serviços, avaliação das condições de saúde e da qualidade dos serviços de saúde, avaliação da gestão, apreciação das prestações de contas anuais encaminhadas pelo gestor e o assessoramento do poder legislativo⁴.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as demandas de saúde dos conselheiros municipais de saúde a partir de

suas participações nas Plenárias Conselho Municipal de Saúde (CMS), de um município do estado do Rio Grande do Sul, nos processos de discussão, formulação, proposição, fiscalização, implementação e avaliação das Políticas Públicas de Saúde de âmbito municipal. Por meio de tal, os autores deste estudo pautaram a relevância do CMS como instância do SUS.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo, com o emprego da análise de conteúdo em fontes secundárias, de acesso irrestrito e disponível ao público através do *site* oficial do referido município. A amostragem foi por conveniência.

A seleção dos dados foi a partir de todas as Atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de 2017 que estavam disponíveis em domínio público até a data de 01/01/2018. Foram consideradas para a análise tanto as sessões ordinárias quanto as extraordinárias que ocorreram neste período.

O estudo teve como cenário de pesquisa o CMS de um município localizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com área de 496,682 km² e população estimada para 2018 de 1.479.101 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁵.

O CMS está atualmente estruturado com a seguinte composição: a) um Plenário, composto por 86 membros; b) um Núcleo de Coordenação,

com 8 membros representantes de entidades ou Conselhos Distritais de Saúde que compõem o Plenário; c) uma Secretaria Executiva, subordinada ao Núcleo de Coordenação; d) uma Secretaria Técnica, com finalidade de subsidiar e qualificar as deliberações do Plenário, além de ter função assessora; e) Comissões Executivas e Temáticas; f) 13 Conselhos Distritais de Saúde, instâncias descentralizada e regionalizada do CMS; g) 143 Conselhos Locais de Saúde, instância máxima deliberativa e de participação da comunidade na área de abrangência de cada unidade de saúde.

Para padronizar e facilitar a coleta de dados, foi criado pelos autores um Quadro de Dados, onde constavam os seguintes itens: Número da Ata, Data da Ata, Identificação do conselheiro e Demandas de saúde direcionadas a gestão municipal de saúde. A fim de garantir o anonimato dos conselheiros, estes tiveram suas falas identificadas pela letra “F”, numeradas de acordo com a ordem que aparecem, seguida pela identificação numérica da plenária, tal qual o exemplo “(F18.5)”, sendo F para fala, 18 para a 18ª fala de conselheiro coletada e 5 o número da Plenária onde a mesma foi proferida.

Para a análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁶, que se caracteriza por três etapas: a) Pré-análise: é o momento inicial de organização através da leitura do material que está sendo analisado; b) exploração do material: visa a compreensão do material através da categorização de palavras-chave ou frases

significativas; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: momento que os autores atribuem significados aos resultados obtidos com as demais etapas. A técnica de análise de conteúdo possibilita fazer inferências e interpretações, reforçando o embasamento já descrito na linha inicial da pesquisa.

Visando melhorar a organização dos dados e facilitar a aplicação da técnica de análise, após a leitura na íntegra do material selecionado, foi construída uma tabela em que foram distribuídos os trechos-chave, representativos das demandas. Após análise e nova leitura dos trechos selecionados, estes deram origem a subdivisões por assunto que resultaram na categorização e proposta de discussão final. A discussão foi alicerçada nos princípios do SUS, nas políticas públicas de saúde e na participação comunitária.

Resultados e discussão

Foram selecionadas, a partir das atas analisadas, a partir de 216 participações de fala transcritas nas atas, que evidenciaram 405 demandas para a área da saúde. Na identidade dos falantes, observou-se a participação de representantes de conselhos distritais de saúde (251 falas), de conselhos profissionais na área da saúde (29 falas), de sindicatos na área da saúde (26 falas), trabalhadores da área da saúde (19 falas), movimentos sociais (15 falas), associação de classe profissional na área da saúde (14 falas), assessoria técnica e de comunicação do próprio CMS (7 falas), usuários

ouvintes (6 falas), associação de moradores (6 falas), organizações não-governamentais (4 falas), professor universitário na área da saúde (2 falas), conselhos municipais de outras áreas (2 falas), conselheiro local de saúde (1 fala) e profissional residente na área da saúde (1 fala). Ainda, foram encontradas 11 falas sem identificação do locutor.

A análise dos resultados culminou em 3 grandes categorias relacionadas às demandas dos conselheiros: prestação de serviços públicos de saúde, vínculos profissionais e o processo de trabalho no SUS e Fiscalização e Controle dos Recursos e Ações em Saúde.

Prestação de serviços públicos de saúde

As demandas levantadas pelos conselheiros de saúde ao longo do ano de 2017 destacaram necessidades de melhorias na prestação de serviços públicos ofertados pela rede municipal de saúde. Questões de dificuldade de acesso aos serviços e oferta insuficiente de serviços de saúde a população são evidenciados nos seguintes trechos:

“[...] fechou a unidade que fazia coleta, coleta que era bem próximo nosso ali da unidade, [...] só tem hoje uma [...] que tem muito problema, muitos problemas, porque você tem que ir lá para agendar e depois você tem que retornar para você fazer o exame. E aí eu te pergunto, [...] tem condições de pagar as quatro passagens para ir e voltar?” (F105.10)

“E as medicações [...], desculpe, mas eu não sei, eu tenho uma visão que elas funcionavam quando

elas estavam no posto, o antibiótico estava no posto para distribuir, elas funcionavam, não era aquele horror que estão essas farmácias distritais. Desculpe, mas está, parem lá para olhar, vão olhar a farmácia distrital.” (F117.12)

“[...] desde 2009, 2011, sofreu um processo de remoção, e com isso a gente perdeu nosso posto de saúde que levaram embora. Desde então [...] tá sem posto de saúde, sem atendimento, que é um direito de todos como a menina já falou, que é um direito de todos que tenha saúde [...]” (F173.16)

“[...] com relação à população na situação de rua também, a gente recebe diariamente denúncias que eles tentam ser atendidos no (Hospital) [...] por uma situação e não estão conseguindo acessar o serviço, vão a emergência do (Hospital) [...] também e não são atendidos.” (F215.18)

Demandas semelhantes foram observadas também em relação a estrutura física, equipamentos e mobiliários presentes nos estabelecimentos de saúde:

“Só para constatar a situação precária do nosso posto [...] não tem espaço para fazer a compilação dos dados, [...], tem que sentar na rua, nos bancos lá, porque não tem espaço, é bem pequenininho o posto. É uma área muito vulnerável.” (F42.5)

“[...] sempre nos deparamos com a emergência lotada, só que aquele dia estava hiper, hiper, hiperlotada. [...] além das pessoas estarem nos corredores, nas cadeiras, pelo chão, era o saguão cheio, era o pátio cheio, tudo, tudo lá era muito cheio.” (F15.3)

“[...] foi aprovada as diretrizes das pessoas com deficiência [...], como vamos ter diretrizes perfeitas se não conseguimos colocar uma rampa de acesso em um posto de saúde? [...], eu caí da

minha cadeira, fraturei o fêmur por uma rampa mal construída pela prefeitura.” (F68.7)

Em conformidade com as demandas levantadas pelos conselheiros, ao analisar a prestação de serviços de manutenção predial nos estabelecimentos de Saúde, Amorim e colaboradores⁷ observam que poucos estabelecimentos cumprem os requisitos mínimos ao seu funcionamento. A grande maioria dos estabelecimentos de saúde não garantem infraestrutura física, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com sua demanda e a legislação vigente.

Outro aspecto em destaque levantado pelos conselheiros municipais de saúde, foi a deficiência no fornecimento de medicamentos aos municípios, conforme as seguintes expressões:

“[...] fui pegar uma medicação para pacientes, [...] a falta de medicação é uma falta total, tipo assim, de cada 10 receitas apenas uma medicação.” (F7.2)

“[...] falta de remédio. Porque a população nós já não aguentamos mais, nossos dispensários, que estão vazios, nós não temos mais remédio lá na base lá.” (F80.8)

Além do aspecto do fornecimento, outras questões referentes ao ciclo da assistência farmacêutica também foram levantadas como problemáticas para a prestação deste serviço:

“[...] detectamos realmente que o almoxarifado está cheio de medicação, [...] lá a questão é: faltam recursos humanos para fazer um trabalho mais rápido na separação das medicações e

demais insumos. Mas o principal que está faltando é a questão da logística, a logística nossa se resume em dois caminhões. Um está estragado a mais ou menos seis meses e este caminhão, assim olha, ele precisa de reparos.” (F129.13)

Além de ser uma demanda recorrente trazida pelo controle social, a falta de medicamentos nos serviços públicos de saúde é realidade na maioria dos municípios do Brasil. Nascimento e colaboradores⁸ ao caracterizar a disponibilidade física de medicamentos nos serviços de Assistência Farmacêutica da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde, observaram que a disponibilidade média dos medicamentos, exceto os fitoterápicos, foi de 62,5%. Neste cenário de desabastecimento, não é incomum o não atendimento ou atendimento parcial da terapia medicamentosa prescrita no próprio sistema de saúde^{9,10}.

Vínculos profissionais e o processo de trabalho no SUS

Sobre as demandas que envolvem os profissionais da saúde, a necessidade de recursos humanos na atenção básica foi a pendência mais recorrente nas plenárias. Além da sinalização de oferta insuficiente de profissionais, principalmente médicos, observou-se a demora em repor profissionais afastados por aposentadoria ou licenças.

“Secretário [...], é referente aos postos de saúde lá do [...], a gente tem 12 unidades de saúde, sendo três UBS. Então vamos lá, a falta de RH continua lá, isso já foi encaminhado até para o Ministério Público, então a gente tem que dar uma agilizada na região que está triste lá.” (F133.13)

"[...] E na UBS [...] esta semana se exonerou o dentista, o único que a gente tem lá. Então a gente pede que essa substituição seja urgente." (F209.18)

"A nossa região, eu estive no [...], lá também tá um caos, não tem, tá faltando clínico, o gineco se exonerou, a outra tem limitação de tarefas, técnicos e auxiliares entrando em licença para aposentadoria, e lá os trabalhadores sendo agredidos, agredidos verbalmente, agredidos fisicamente como vocês devem estar cientes da situação." (F171.16)

A questão da distribuição de recursos humanos da saúde no Brasil é um problema antigo e que ao longo dos anos tem sido combatido através de políticas públicas estratégicas. Tendo início com a criação do Projeto Rondon em 1968, nos dias de hoje diversas iniciativas dividem este mesmo objetivo, citam-se o Telessaúde (2007), o Pró-residência (2009), o Fies (2011), o PROVAB (2011) e o Programa Mais Médicos (2013)¹¹.

Ao pautar a escassez e os desequilíbrios na distribuição da força de trabalho em saúde, Oliveira e colaboradores¹¹ apontam que as condições de trabalho e os níveis de vulnerabilidade social são pontos determinantes para a fixação do profissional no local de trabalho. Além da precarização dos recursos materiais, da insegurança e da vulnerabilidade de certos pontos da rede, as fragilidades existentes nos processos de trabalho afetam diretamente a relação dos trabalhadores com o SUS. Muitos profissionais inseridos na atenção básica, estão sujeitos a múltiplos vínculos empregatícios em

detrimento dos baixos salários oferecidos¹².

A interface da saúde com as questões sociais, vulnerabilidades e principalmente segurança pública foi bastante presente nas falas dos conselheiros, como podemos ver a seguir:

"A nossa preocupação atualmente é o PA [...], nós temos bastante situações graves de segurança [...]" (F35.5)

"A preocupação é como a colega disse, que já está difícil funcionar nas condições que seriam ideais no dia a dia, ter uma estrutura para atender até mais tarde. [...] Outro fato, à parte de segurança é a vida dos profissionais que estão no local." (F66.7)

"[...] não só a questão da violência, mas na demanda de sofrimento e de saúde no trabalho que nós não temos uma legislação própria, que nós não temos nenhuma área hoje que dê conta disso. Quando isso é o maior índice de absenteísmo, de afastamento do trabalho são sempre problemas de saúde e na maioria de saúde mental, isso é dado epidemiológico aqui, é dado epidemiológico no mundo." (F85.8)

A insegurança e situações de violência interferem de forma direta na organização e nos processos de trabalho, pois ambas acarretam na rotatividade de profissionais e a dificuldade de alocar novos funcionários nestas vagas em aberto, desestruturam a equipe de trabalho e principalmente, fragilizam o vínculo do usuário com o serviço. Este contexto de violência traz medo, insegurança e insatisfação com o trabalho e compromete a saúde mental dos trabalhadores envolvidos¹³.

Baasch, Trevisan e Cruz¹⁴, ao analisar os afastamentos por licença para tratamento de saúde, solicitadas por servidores públicos, constataram que aproximadamente 40% destes afastamentos são em decorrência de transtornos mentais e de comportamento. Esta alta prevalência entre os trabalhadores é considerada um problema de saúde pública, pois reduz a capacidade para o trabalho de quem é acometido, pode gerar ausências de curto a longo prazo, além de aposentadoria precoce e morte trágica.

Nas falas a seguir, observa-se a fragilidade do diálogo entre os trabalhadores com a gestão, no que diz respeito a organização do processo de trabalho:

“Essa demanda ela é legítima e ninguém aqui em nenhum momento em todas as discussões que foram trazidas, ninguém foi contra o turno estendido, o que nós estamos discutindo aqui é a forma como está sendo construído e um modelo. Então isso tem que ficar muito claro.” (F119.12)

“[...] proposta de voluntariado, que é uma das situações que a gente está vendo que está aparecendo muito [...]. Existe uma lei nacional que isso eu já estudei, que prevê a possibilidade de voluntários, mas dentro da prefeitura municipal já teve o voluntariado e deu problemas funcionais.” (F86.8)

“E aí também para poder falar do que está acontecendo em [...], o Conselho Regional de [...] repudia totalmente a proposta do prefeito com esse programa de voluntariado, porque se entende que saúde é direito, não é favor de estado e não é paridade de sociedade civil.” (F134.13)

Contratos com o setor privado, voluntariado e terceirizações de serviços públicos de saúde também apareceram nos questionamentos dos participantes do conselho municipal. A baliza mais frequente dentro desta temática foi a exclusão da participação do controle social na tomada de decisões, bem como a falta de transparência da gestão com os dados referentes a contratos e fiscalização.

“Nós enquanto controle social temos que ser mais resolutivos nos nossos encaminhamentos. [...] nesse relatório que eu li, que o gestor contratou o serviço de laboratório sem ter um contrato, e a lei é clara, tem que ter esses contratos, aí já está agindo de má fé.” (F23.4)

“Essa é a realidade, o problema da gestão que vocês vão enfrentar, o Secretário é a retaguarda que não está cobrindo. Onde está a verba? Se o hospital filantrópico recebe a verba, ele tem que atender, ele tem que atender a população.” (F162.15)

“[...] fizeram uma reforma administrativa e [...] virou [...] um penduricalho. Existe concursados para serem chamados, e o prefeito disse que não vai chamar, ou seja, a política pública em [...] está virando um verdadeiro balcão de negócios, com a iniciativa privada.” (F191.17)

Embora a Constituição Federal defina a Saúde como um direito, o Sistema Único de Saúde não consegue manter-se como universal e integral sem o complemento da iniciativa privada. Entretanto, o que vemos é a precarização do que é público, ao passo que o setor privado é duplamente subsidiado pelo Estado, ao receber financiamento para a execução dos serviços

além de renúncia fiscal¹⁵. Por outro lado, a terceirização dos serviços de saúde enfraquece a dimensão democrática dos conselhos, pois o setor privado não conta com a participação do controle social na tomada de decisões. Neste contexto, ao mesmo tempo que a gestão impõe a contratação do setor privado de forma autoritária, não reconhece o Conselho de Saúde como uma instância deliberativa e legítima¹⁶.

Fiscalização e Controle dos Recursos e Ações em Saúde

A transparência na alocação de recursos públicos e o cumprimento da legislação que versa sobre atuação do controle social foi reivindicação presente ao longo do ano de 2017. Os conselheiros e demais membros participantes das plenárias demonstraram compreensão da importância e valorização da participação popular nas decisões em saúde e os trechos a seguir explicitam a fragilidade do diálogo entre gestão e conselho de saúde:

“Nós, enquanto Conselho Municipal de Saúde, fomos surpreendidos pela notícia na mídia, no rádio, pelo Secretário da Cultura anunciando a ampliação do horário até às 22 horas [...] sem em nenhum momento ser discutido neste Conselho.” (F47.6)

“Não é só disso que se trata, não é só informar. Nós aqui do Conselho Municipal de Saúde, vocês fazem a gestão, mas nós participamos ativamente da construção desta gestão, tem que ser escutada a comunidade [...].” (F50.6)

“[...] quando interessa aparece a prioridade da conferência, quando não interessa, a gente

desconsidera as deliberações do conselho. [...] a gente tem que considerar sim, a gente tem uma caminhada e a gente tem os documentos que foram produzidos [...]” (F119.12)

“[...] lamento profundamente, que a gente tenha que pedir migalhas, migalhas para a participação, porque quando Conselho, da importância e relevância social [...] tem que pedir pelo o amor de Deus [...] para pedir informações que a própria gestão já deveria ter sentado com nós.” (F192.17)

Ainda sobre entraves na relação gestão e controle social, alguns trechos indicam o não cumprimento e/ou atraso no repasse de informações sobre deliberações previamente estabelecidas e pactuadas no próprio conselho:

“[...] há uns dois meses atrás a gente teve uma reunião na Comissão de Assistência farmacêutica [...]. Onde o seu adjunto esteve presente, a gente demandou uma série de coisas para eles e que até agora [...] ainda não tivemos o retorno, gostaríamos muito desses retornos e da reunião, se possível, com o senhor.” (F152.15)

“[...] a gente fez a apresentação do relatório aqui para o plenário do conselho em 2014 [...] nós estamos em 2017 e tinha uma série de encaminhamentos e que este conselho deliberou [...]. Então eles deveriam ter sido cumpridos, alguns pelo menos que eram os mais simples, mas não foram cumpridos.” (F109.10)

“[...] o Conselho Municipal de Saúde não recebeu o Plano Municipal de Saúde, [...] o senhor não aceitar receber um trabalho só com a conclusão e depois de dois meses a abertura, a apresentação do trabalho. [...] nós também não vamos aceitar isso, tem que entregar o Plano Municipal de Saúde integral para gente poder está apreciando aqui nesse Conselho.” (F149.14)

A promulgação da lei 8.142/90³ é conquista social, resultado de um período de lutas e versa sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. O controle social traduz-se na capacidade da sociedade civil em interferir nas ações do Estado pela defesa dos interesses e necessidades da comunidade (Nascimento, 2001). Os trechos apresentados dialogam com o estudo de Hoppe et al.¹⁷, alertando que a decisão centrada na Secretaria Municipal de Saúde é um dos principais desafios dos conselhos de saúde.

A transparência na gestão e alocação de recursos é outra demanda frequentemente pautada:

“[...] Então, tem alguma coisa que possa apontar para que o recurso público alocado tenha algum mecanismo mais claro, mais preciso para que a gente possa ter de volta o recurso público? Eu vi o relatório e não está apontado desvio de recurso público, mas o que está apontado é que foi colocado o dinheiro para duas entidades privadas e foi colocado mais recurso para entidade privada não filantrópica [...] este gestor tem que ser responsabilizado, porque o dinheiro é público, é nosso. [...] O Tribunal poderia ajudar para que a gente produzisse a legislação que possibilitasse um controle melhor dos recursos públicos.” (F25.4)

“[...] aí tem indícios, tanto nos dos tribunais, de improbidade administrativa, é isso que acontece quando um gestor público não cumpre com o seu dever, que é de fazer a boa gestão dos recursos públicos. Improbidade é crime [...] de que forma que os secretários anteriores têm que ser penalizados? [...]” (F26.4)

“Eu acho que é importante deixar sempre em alerta os Conselheiros e os participantes do

Conselho, que a Comissão fiscalizadora fiscalize lá se esses equipamentos vão estar no local do SUS, que já que esse valor aí é destinado para a compra de equipamento para estar em local ali atendido pelo SUS.” (150.15)

Na perspectiva de um controle social atuante, é importante que os conselheiros e demais participantes do conselho estejam apropriados da gestão fiscal nos três níveis de governo. No Brasil desde 2009 há determinação legal da disponibilização, em tempo real e com detalhamento, da execução orçamentária e financeira da União, Estados e Municípios¹⁸. Além disso, fiscalizar as alocações de recursos para tentar garantir sua utilização no sistema público também é parte das funções exercidas pelo conselho¹⁹.

Considerações finais

Este estudo evidenciou que os conselheiros municipais de saúde possuem notável participação nas discussões realizadas em plenárias do CMS. Estes, cumprem seu papel de representantes da sociedade ao trazer ao conhecimento da gestão diversas demandas de saúde presentes em seus territórios e vivenciadas diariamente por seus pares.

Esta representatividade é legitimada também no âmbito da atuação do conselheiro. Falas oriundas de representantes de conselhos distritais, de conselhos profissionais, de sindicatos, de trabalhadores, de usuários, de movimentos sociais, de associação de classe profissional, da assessoria técnica e de

comunicação do conselho, de associação de moradores, de organizações não-governamentais, da universidade, de conselhos locais, e de profissionais residentes na área da saúde, contribuíram para o aprofundamento dos debates.

Percebe-se na fala dos conselheiros que os próprios não entendem o Conselho de Saúde como um mero instrumento de fiscalização, mas sim como dispositivo fundamental na formulação de políticas públicas que atendam suas demandas.

As demandas trazidas pelos participantes, além de demonstrarem consenso nas discussões internas do CMS, encontram-se de acordo com demandas externas ao controle social, trazidas

por diferentes pesquisadores da área da saúde pública. Tal dado reflete a competência técnica dos conselheiros no cumprimento de suas atividades, conseguindo diagnosticar situações precárias ou deficitárias no sistema de saúde e realizar seus devidos encaminhamentos, no âmbito do controle social, à gestão municipal.

Pautar os desafios e as conquistas dos CMS, como órgão colegiado permanente e deliberativo, atuante na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, é de relevância para o respaldo desta instância colegiada frente ao poder executivo. Dessa forma, tornam-se necessárias a continuidade e a ampliação de estudos que abordem a temática do controle social no SUS.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
2. _____. 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18055, 20 de setembro de 1990a.
3. _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 de dezembro de 1990b.
4. _____. *Para entender o controle social na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
5. IBGE. *Brasil em síntese*. 2018. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/> > Acesso em: 15 nov. 2018.
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edição revista e ampliada. São Paulo: Almedina, 2009.
7. Amorim GM, Quintão ECV, Martelli Júnior H, Bonan PRF, Prestação de serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1)145-158.
8. Nascimento RCRM de, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN et al., Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2015; 51(suppl.2)1s-10s.
9. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*; 2012 17(11)3003-3010.
10. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE de, Almeida AM, Dias CZ, Ascef B de O et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2017; 51(suppl.2)1s-20s.
11. Oliveira APC de, Gabriel M, Dal Poz MR, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4)1165-1180.

- ¹². Cavalcante MV da S, Lima TCS de. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. *Argumentum* 2013; 5(1)235-256.
- ¹³. Batista CB, Campos, A de S, Reis J do C, Schall VT. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trab Educ Saúde* 2011; 9(2)295-317.
- ¹⁴. Baasch D, Trevisan RL, Cruz RM. Perfil epidemiológico dos servidores públicos catarinenses afastados do trabalho por transtornos mentais de 2010 a 2013. *Cien Saud Colet* 2017; 22(5)1641-1650.
- ¹⁵. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saud Colet* 2008; 13(5)1431-1440.
- ¹⁶. Andreazzi M de FS de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(2)275-284.
- ¹⁷. Hoppe A dos S, Magedenz MC, Weigelt, LD, Schmidt, LM, Rezende MS de, Fischborn AF et al. Participação Popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. *Cinergis* 2017; 18(suppl.1)335-343.
- ¹⁸. Brasil. Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 2, 28 de maio de 2009.
- ¹⁹. Nascimento A. Conselhos de Saúde e Controle Social. *RADIS* 2001. 18(suppl.81)1-12.

Submissão: 04/12/2019

Aceite: 15/07/2020