

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 13 (12)

December 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.36560/131220201173>

Article link

<http://sea.ufr.edu.br/index.php?journal=SEA&page=article&p=view&path%5B%5D=1173&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES, CrossRef, ICI Journals Master List.



Possibilidades e limites de participação no conselho municipal de saúde num município de pequeno porte

Possibilities and limits of participation in the municipal health council in a small municipality

S. F. Cetolin, K. N. Michna, L. P. Trissoldi, A. T. Zimmermann, V. Beltrame, J. A. Steffani

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Author for correspondence: sirleicetolin@gmail.com

Resumo. Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar a participação do Controle Social na esfera da Política Pública da Saúde de um município de pequeno porte, localizado no Extremo Oeste de Santa Catarina. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, realizado com a participação de doze conselheiros, sendo seis representantes de entidades Não-Governamentais e seis de entidades Governamentais. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto a dezembro de 2019, através de entrevistas com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Todos os requisitos contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 foram observados e respeitados. Foram encontrados como limites para a participação dos membros no Conselho, tempo e falta de conhecimento na área da saúde, e no que se refere às possibilidades uma visão mais ampla dos serviços de saúde ofertados, e dentro, disso a priorização das ações e atuações. Observa-se que o Controle Social é muito importante e precisa necessariamente ser mantido e fortalecido. A Constituição Federal de 1988 veio consolidar e prever em seus dispositivos a participação do cidadão na formulação e implementação do Controle Social, das Políticas Públicas de Saúde. Espera-se que o resultado da pesquisa possa impulsionar propostas que se configurem como respostas para o fortalecimento da participação no Controle Social, reconhecendo-se os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do sistema de saúde.

Palavras-chave: Controle Social, Participação Social, Política de Saúde, Saúde Pública.

Abstract. This article presents results of a research carried out with the objective of analyzing the participation of Social Control in the sphere of Public Health Policy of a small municipality, located in the Extreme West of Santa Catarina. This is a qualitative study, carried out with the participation of twelve directors, six representatives of non-governmental entities and six of governmental entities. Data were collected between August and December 2019, through interviews with open and closed questions. The research was approved by the Ethics and Research Committee. All requirements contained in the Resolution of the National Health Council - CNS 466/2012 were observed and respected. The limits for the participation of members in the Council, time and lack of knowledge in the health area were found as limits, and with regard to the possibilities, a broader view of the health services offered, and within this, the prioritization of actions and actions. It is observed that Social Control is very important and necessarily needs to be maintained and strengthened. The Federal Constitution of 1988 consolidated and predicted in its devices the participation of citizens in the formulation and implementation of Social Control, public health policies. It is hoped that the result of the research can boost proposals that are configured as responses to the strengthening of participation in Social Control, recognizing the Health Councils are deliberative and permanent collegiate organs of the SUS, existing in each sphere of government and members of the basic structure of the health system.

Keywords: Social Control, Social Participation, Health Policy, Public Health.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais. O setor da saúde destaca-se

nesse processo, não apenas pelo aspecto da institucionalização dos espaços participativos como também pela sua ampliação para todo o território nacional. A saúde é objeto de ação e demanda dos

movimentos sociais desde os anos 1960, o que forneceu as bases para a cultura setorial de participação social (COSTA, AM; VIEIRA, NA., 2013).

O Conselheiro de Saúde representa as forças sociais e a diversidade presente em uma dada comunidade trazendo para aquele espaço seus valores, pensamentos e demandas (ZAMBON, Vera Dib; OGATA., 2013)

O conceito subjacente à introdução de novas instâncias de participação com capacidade de provocar mudanças na configuração democrática do Estado deriva da combinação entre os mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente, de promoção de autonomia dos atores sociais (COSTA, AM; VIEIRA, NA., 2013).

A redemocratização do Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), moldou e fortaleceu o Ministério Público (MP) e disponibilizou mecanismos e políticas públicas participativas, estabelecendo espaços públicos de vocalização das demandas dos cidadãos (FERREIRA, 2010).

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país, embora existam fatores que dificultam a democratização do processo decisório das políticas de saúde, mais organizado em municípios que apresentam uma sociedade civil mais mobilizada e acostumada à articulação política (MOREIRA, ESCOREL, 2009).

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

A Primeira Lei Orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira, planejamento e orçamento.

Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Instituiu os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e municipais, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Quando formos falar em gestão participativa, compreende-se entre outras

afirmações, que seriam todos os mecanismos de deliberações e de gestão que são compartilhados, dando ênfase no Controle Social no SUS, incluindo os Conselhos e as Conferências de Saúde, instrumentos essenciais na formulação da Política Estadual e Municipal de Saúde, e firmar pactos com as demais esferas de governo, visando a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

No que se refere a questão da atuação da gestão participativa, podemos citar ainda a inclusão de ações voltadas a educação popular em saúde, difusão dos direitos dos usuários e estratégias de promoção de equidade em saúde para as populações em condições de desigualdade e/ou vulnerabilidade. Devendo também, promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e de participação popular na saúde, pondo instâncias organizadas de representação social, como organizações da sociedade civil e movimentos sociais, conforme a explicação proposta pelo Ministério da Saúde (2017).

Contudo, compreende-se que a gestão participativa pode ser vista como possibilidade de democratização na condução dos assuntos públicos e como paradigma de emancipação humana (SÁNCHEZ, 2002), considerando a possibilidade de uma participação social institucionalizada sobre a política de Saúde (YUNES, 1986; MACEDO; 2005).

Nos anos 1990, segundo Nogueira (2011, p. 43), “o Brasil consolidou e organizou institucionalmente seu compromisso com o regime democrático, possibilitando a vigência de um amplo regime de liberdades e direitos”. Nesse período, o país passou por uma grande reforma político-administrativa, denominada por Pereira (1998) como a reforma para a cidadania. Em suas palavras, afirma:

“A reforma gerencial da administração pública, que tem início em 1995 está voltada para a afirmação da cidadania no Brasil, por meio da adoção de formas modernas de gestão no Estado brasileiro, que possibilitem atender de forma democrática e eficiente às demandas da sociedade (PEREIRA, 1998, p. 17).”

Demo (2001) menciona que a qualidade da participação social está em consonância com a prática correta dos sujeitos coletivos e políticas, que se configura numa verdadeira organização política da sociedade civil. Nas palavras do autor:

“Os fenômenos participativos, sobretudo as formas de organização da sociedade civil, precisam manifestar pelo menos quatro marcas qualitativas para corresponderem àquilo que chamamos de qualidade política: representatividade, legitimidade, participação da base e planejamento participativo auto-sustentado. A participação fora desses horizontes aproxima-se da farsa ou é incompetente (DEMO, 2001, p. 45).”

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, reafirma os pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde enquanto responsabilidade do Estado – universalidade, equidade, integralidade e participação social. São destaques desta Política: a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de Controle Social, a promoção da inclusão social de populações específicas e a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes. Promove-se a integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o Controle Social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Se nos referirmos ao município em questão, em específico, nos remetemos a Lei nº 2.883, a qual entrou em vigor em 08 de abril de 1991. Esta Legislação específica, cita dentre outras providências a sua elaboração e organização, com a divisão de 13 membros distribuídos de acordo com sua função e representatividade, falamos também no art. 2º sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde, em outras palavras, as orientações básicas a serem seguidas, movidas por princípios os quais devem ser respeitados, juntamente com a garantia básica da universalização e do acesso igualitário, dando-se prioridade ao Poder Público quando falamos da esfera da Saúde, sendo os mesmos, expressos nos incisos I e II, da seguinte forma:

- I. Garantia da universalização e garantia de acesso igualitário aos serviços de saúde de toda a população;
- II. Prioridade ao Poder Público na esfera da saúde (LEI Nº 2.883, 1991).

Pode-se constatar desta forma o quão importante é o papel do Conselho Municipal quando se trata da gestão do SUS. A forma em que se dá o gerenciamento público deve ser por meio de políticas que visem um trabalho de parceria que exige a dedicação e a interação de inúmeras autoridades e associações civis.

Métodos

Entende-se como fundamental a apresentação dos encaminhamentos metodológicos na realização de pesquisas, principalmente por tratar-se do norteamento a ser percorrido durante o trajeto de investigação. A esse respeito, é importante também, deixar claro o método utilizado, que nesse caso for pautado em teorias específicas englobando direções do pensamento que direcionaram a prática na abordagem da realidade pesquisada, com a finalidade de produzir conhecimento e torná-lo

público, contribuindo, assim, para o aprimoramento, o aperfeiçoamento e a formação profissional. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa. Com relação às questões qualitativas Godoy (1995), exemplifica a obtenção de dados descritivos referente a: lugares, pessoas e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo.

Inicialmente, participou-se de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde do município estudado, no salão nobre da Prefeitura Municipal, no dia 29 de julho de 2019, onde posterior explanação dos assuntos referentes a reunião mensal, houve a apresentação da pesquisa. Coletou-se algumas informações acerca de quais eram os representantes e como poder-se-ia entrar em contato com os mesmos. Deste modo, buscou-se ter os primeiros contatos com os participantes, com o intuito de apresentar a justificativa pelo qual estar-se-ia fazendo a pesquisa e agendar os locais que seriam melhores para a realização das entrevistas.

Foram feitas entrevistas com um roteiro de questões abertas e fechadas com conselheiros voluntários. Os requisitos para a participação da pesquisa foram: Ser maior de idade e membro titular e/ou suplente do Conselho Municipal de Saúde há pelo menos seis meses na gestão de 2017 a 2019.

No ano de 2019 existiram 24 integrantes, envolveram-se na pesquisa 50% dos membros, observando-se a paridade, ou seja, 6 membros representantes de entidades Governamentais e 6 membros representantes de entidades Não-Governamentais, totalizando 12 participantes. Para a interpretação dos dados qualitativos da entrevista foram utilizadas a análise de conteúdo de Bardin (2016).

A maioria das entrevistas foram feitas no local de trabalho dos participantes, com exceção de 3 feitas na residência dos mesmos. As perguntas foram referentes a participação dos mesmos no Conselho, quais suas “visões” acerca dos limites e possibilidades de cada um dentro do Conselho, bem como a concepção de cada um sobre a paridade representativa, as Políticas Públicas de Saúde, a atuação dos conselhos municipais, entre outras. Todas as entrevistas foram redigidas, nenhuma foi gravada, por escolha dos próprios entrevistados.

Princípios éticos

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Unoesc e somente foi realizado após a sua Aprovação. Todos os requisitos contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 foram observados e respeitados.

Resultados e Discussão

Com base nas entrevistas, buscou-se reunir dados que demonstrassem a análise feita acerca da participação do Controle Social na esfera da Política Pública da Saúde de um município do Extremo Oeste Catarinense.

Ao entrevistar os participantes, houve o questionamento em relação aos principais limites e possibilidades para sua participação como membro do Conselho Municipal da Saúde no Controle Social, no qual uma parte dos entrevistados relatou ter como a principal questão limitante, o tempo, e a carência das capacitações, bem como a falta de formação técnica para entender os conteúdos expostos nas reuniões.

“A questão do tempo limita. A carência de capacitações também é um limite, pois, não se tem uma preparação em específico. A falta de formação e de entendimento do papel que desempenha no conselho limita [E1].”

“Os principais limites são na conciliação com a carga horária e o trabalho. Tem que cumprir a carga horária nas entidades. O conselho tornou-se burocrático e a gente não participa das ações. Os limites são também a falta de conhecimento de todas as áreas [E3].”

“As limitações seriam no sentido de que nem sempre a gente tem voz ativa, às vezes a gente acaba se recolhendo entre si. As reuniões são curtas, há a existência de uma pauta pré-definida com pouco tempo para se discutir, para se ampliar ela [E5].”

“A principal limitação seria quanto a execução e implementação das deliberações do conselho [E8].”

“Limite, o tempo para dedicação às pautas das reuniões, a busca de materiais para embasar algo que poderia aumentar ou fortalecer as possibilidades [E11].”

Ao nos referirmos às possibilidades dispostas enquanto conselheiros, os mesmos citam que a participação é fundamental, pois, age-se na formulação e implementação do Controle Social que visam as Políticas Públicas de Saúde, bem como a possibilidade de reivindicação de direitos e a exposição das necessidades da população nas reuniões do Conselho.

“Quanto às possibilidades, poder estar inteirando-se das questões para dar o repasse às organizações que se representa [E1].”

“[...] estar levando o que o nosso público está precisando por meio das reuniões, no sentido da saúde. Como represento os usuários tenho que reivindicar para todas as pessoas representando os direitos conquistados pelo SUS também. [E4].”

“Eu acredito que a participação no conselho municipal de saúde ela é fundamental para que a gente dê conta do Controle Social. A possibilidade de poder participar na organização e no processo de saúde do município eu considero muito importante [E5].”

“A participação no conselho possibilita que possamos discutir o que acontece em relação a saúde do nosso município, também o Estado e no país, observando as necessidades da população [E10].”

Nos relatos recolhidos acerca de quais seriam as concepções de cada um perante a paridade representativa nos Conselhos de Saúde, destacaram-se como respostas aos questionamentos ser de grande importância a existência da paridade, até mesmo porque, deste modo há uma maior diversificação das entidades e dos representantes, bem como, institui a oportunidade de garantir a participação e de fazer com que as medidas e deliberações não fiquem tendenciosas. Diante disso, destacaram-se as seguintes explicações:

“É por ali que se garante minimamente a participação, principalmente da população. Oferta um espaço de diálogo, denúncia, trazendo os problemas que temos na saúde [E1].”

“Eu considero a paridade representativa muito justa, se a participação no Controle Social existir de fato. Ela foi conquistada com muita luta social na época da reforma sanitária, e a constituição do sistema único de saúde, as legislações da época de 88/90 [E5].”

“É de suma importância essa paridade na tomada de decisões, porque através dela é que podem, podem sim ser ouvidos com opiniões diversas/diferentes. Não somente do poder público, mas também de toda a comunidade [E7].”

O número de conselheiros é definido pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, quantitativo que deve ser especificado em lei. Já a sua composição atende a dois critérios: o da representatividade e o da paridade (MORRONE, Carla; DIAS, Cora; MORELLI, Lucinéia, 2013).

“A questão governamental, 50% usuários, 25% governamentais e 25% não governamentais. Os usuários regulamentam algo que a legislação exige que tenha. Os mesmos têm a demanda, mas não o conhecimento das leis. 50 % representam praticamente a maioria, porém, o restante detém o conhecimento técnico [E3].”

“A previsão de representação de 50% aos usuários que são os principais interessados pelos serviços

de saúde e Políticas Públicas prestadas é de fundamental importância, para garantir que o usuário tenha representatividade efetiva [E10].”

Os relatos até então, revelaram a importância de se ter um Conselho Municipal ativo e representantes de entidades, dos usuários e dos governantes com voz ativa dentro do Conselho, para que as decisões acerca das ações a serem tomadas sejam feitas de modo a respeitar o ponto de vista de cada um.

Seguindo com as entrevistas, questionou-se sobre como entendiam a Política Pública de Saúde. Observou-se que há percepção de que o SUS é um sistema de qualidade e excelência, e, que apesar de ter algumas questões a serem reavaliadas, o mesmo atende parte extremamente significativa da população de modo descentralizado e hierarquizado buscando sempre tratar o indivíduo de acordo com sua gravidade e procurando atender suas necessidades de forma adequada.

A Política Pública de Saúde como um direito gratuito e universal, descrevendo-se até com seus pilares: “Universalidade, equidade, integralidade e Controle Social são essenciais para que tenhamos acesso ao justo sistema de saúde”, como dito nos relatos:

“O SUS é exemplo! O programa em si é bom. As Políticas de Saúde não dão conta do sistema. Ele é insuficiente no sentido da administração e do financeiro ser mal gerido. As Políticas de Saúde estão sendo sucateadas, tendência de se privatizá-las, e exonerar o estado de suas responsabilidades [E1].”

“Dá pra tratar como um eixo essencial e norteador das ações de saúde. As Políticas de Saúde devem ser essencialmente defendidas nos conselhos de saúde. A grande dificuldade está na implementação a nível Municipal. As Políticas de Saúde precisam ser as norteadoras das ações [E2].”

A análise das Políticas Públicas de Saúde pauta-se em uma perspectiva que considera a importância de compreender a concepção de saúde construída pela sociedade brasileira, historicamente marcada pelo modelo curativo, centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital. (SARRETA, FO., 2009).

“As Políticas Públicas de Saúde, são fundamentais para a organização da gestão, para a atuação dos profissionais de serviço e para a compreensão de quais ações devem ser priorizadas nesse aspecto. Eu considero o Município com fragilidades em relação a implementação de Políticas Públicas de Saúde e o próprio Controle Social [E5].”

“A Política Pública de Saúde é uma questão complexa, pois envolve gestão política, verbas,

envolve uma gestão adequada quanto às necessidades das demandas que existem, ela é limitada justamente pela verba que é disponibilizada. A necessidade é uma mas o gestor fica “engessado” em questão das verbas e de não poder atender todas as necessidades [E6].”

“A Política Pública de Saúde é um direito garantido inclusive na Constituição. Então o que se entende de Política Pública de Saúde é que ele precisa ser fiscalizado sim para ver onde estão indo os recursos, como eles estão sendo aplicados e garantir acessibilidade e o direito da população através de políticas públicas de saúde [E7].”

“O Sistema Único de Saúde é orientado pelos princípios da universalidade e equidade no acesso, na descentralização, no atendimento integral e na participação da comunidade. É por meio de Políticas Públicas de Saúde que se almeja dar efetividade a estes princípios, traçando metas e situações de maior vulnerabilidade da saúde da população que deverão ser objeto da atuação estatal [E12].”

Como o cuidado e a fiscalização para que as ações a serem tomadas são algumas das funções que os conselheiros estando na posição de representar uma entidade, o governo ou até mesmo a porcentagem dos usuários devem ter, seguindo o roteiro proposto para as entrevistas, fez-se a pergunta de modo a proporcionar um maior entendimento sobre quais as funções de cada entrevistado no Conselho Municipal de saúde, tendo em vista que o posicionamento de cada um dos mesmos, é de suma importância para o entendimento de quais são as suas maiores dificuldades no sentido de repasse de informações para cada instituição, órgão, entidade etc. que faz-se a representação:

“Minhas funções eram ter esse olhar que os gestores não têm em relação a esse serviço prestado à comunidade. Representar a comunidade e a gestão dos recursos. Ter esse cuidado, olhar de fiscalização e na ajuda de propor ações de como está sendo gerido a saúde do município [E1].”

“Fiscalização, sugestões, propor a melhoria de Políticas Públicas, levar pro conselho as demandas da comunidade. Proceder para que os encaminhamentos dos usuários se revertam em Políticas Públicas de qualidade [E3].”

“Discutir com os demais membros do Conselho para o estabelecimento das prioridades e diretrizes para os serviços públicos municipais de saúde, com a indicação de ações de melhoria que poderão ser adotadas pelo Poder Executivo. Acompanhar a gestão da saúde municipal. Fiscalizar a aplicação dos recursos na área da saúde, especialmente

sobre a aplicação dos valores mínimos fixados em lei para a saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias e a correta aplicação dos recursos vinculados [E11].”

Questionou-se também acerca de qual curso de capacitação foi feito para exercer a função como conselheiro, já que alguns dos participantes relataram que por vezes há falta de conhecimento técnico dos mesmos para entender o que é repassado e quais são as demandas dos assuntos das pautas de reuniões. As devidas respostas aos questionamentos encontradas foram:

“Depois de 2 anos foi feito um curso de formação. Somente essa possibilidade nos foi ofertada. Porém, a sugestão é que se venha a fazer essa formação para que os conselheiros entendem a força que tem representando o poder público. Com essa formação abre-se mais a mente do seu papel enquanto conselheiro e do que você pode fazer para a população [E4].”

“Não foi realizado nenhum curso. O que eu tenho é conhecimento das Políticas Públicas de Controle Social, da reforma sanitária, da constituição do SUS, da constituição de uma rede [E5].”

“Nós fizemos um curso, se não me engano ano retrasado! Existe uma verba que o conselho recebe para isso, então utilizou-se dessa verba para essa capacitação. O curso foi feito por todos os conselheiros [E6].”

Alguns dos entrevistados comentaram que não há nenhum repasse de informações de alguns conselheiros enquanto representante de entidades, para as instituições que representam, ou seja, ao decorrer da discussão, constatou-se a necessidade das próprias instituições terem conhecimento das ações a serem tomadas, como melhorias para saúde em geral, de modo a atingir a sociedade como um todo. Do mesmo modo, alguns dos entrevistados, ao serem indagados de como funcionava, ou se havia um repasse de informações dos mesmos para as instituições, estes responderam que de certa forma sim, há uma responsabilidade perante eles e a troca de informações estabelecidas, até mesmo com a apresentação das informações sendo repassadas em atas de reuniões, e de outras maneiras como se pode notar nos relatos a seguir:

“Não repassava. Entre os colegas de classe, há conversas. Porém, não há diálogo entre conselheiro e o órgão representante [E2].”
“São feitas muitas discussões, troca de informações. Repassado nas reuniões de direção as partes que foram discutidas. Diretores vêm quais os riscos em casos de denúncias [E3].”

“A gente tem uma vez por mês reunião da coordenação, onde são repassadas as informações. Uma vez por mês eu visito todas as comunidades (22 ao todo) e nessas visitas são repassadas informações e tiradas as dúvidas dos usuários, principalmente os mais necessitados (precários) [E4].”

“A instituição a qual eu representava não tinha nem conhecimento de que eu estava participando e era a representante do conselho em seu nome. Isso por uma questão de vínculo meu com a associação. A associação em si, é bem robusta, bem integrada, mas eu optei por ter um vínculo mais frágil por permanecer um pouco mais nos bastidores e tudo mais. Então, vem um pouco também do meu perfil. Faz pouco tempo que moro na cidade, não fazia muito tempo que eu estava na associação, então é um pouco mais por esses caminhos. Assim como a gente tinha na associação mais de um representante no conselho que assumia um cargo de diretoria. Então, essa pessoa também fazia esse repasse de informações e talvez é por isso que eu permaneci nos bastidores [E5].”

A concepção de Controle Social é apresentada de diversas formas pelos entrevistados. Vejamos:

“Controle Social é essa participação não somente dos gestores ou de quem presta serviços, mas da sociedade em geral que controla e fiscaliza o recurso público. Observa-se que há uma grande crise no sentido da representatividade, e da efetivação do papel de cada um. Com a participação garante-se o direito à uma saúde de qualidade, ou pelo menos uma tentativa de ter-se-á a todos, incluindo os mais vulneráveis[E1].”

“[...] é desenvolver a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos profissionais na gestão do serviço público de saúde. O Controle Social existiu a partir de uma luta da população no período da reforma sanitária e foi uma luta muito dura para que a população tivesse vez, voz, opinião, frente ao conselho municipal de saúde...[E5].”

“Eu entendo que o controle social é muito importante como uma forma de garantir que as políticas atendam através também dos conselhos as necessidades da população porque através disso a sociedade e a comunidade tem a oportunidade de participar dos debates ...[E7].”
“É um instrumento que os usuários do SUS tem para se manifestar sobre o que está acontecendo no que se refere aos serviços ofertados pelo SUS e a forma que os recebem dos servidores públicos...[E10].”

A regulamentação da participação da comunidade no SUS deu-se através da Lei

Orgânica da Saúde nº 8.142/90. Em consonância com o princípio da descentralização, essa lei determina que em cada esfera de governo federal, estadual e municipal haverá instâncias colegiadas, conferindo aos conselhos de saúde caráter permanente e deliberativo atuando no controle da execução da Política Pública na instância correspondente, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2001).

Considerando que, atribui-se ao Controle Social, o papel avaliador do que está sendo executado pelo Poder Público para melhoria nas condições de vida das pessoas e o estabelecimento de propostas, reconhecendo-se no processo o diálogo entre usuários e trabalhadores da saúde. Sendo assim, o Controle Social tem sido considerado a essência da participação da população no SUS, incluindo além da ação individual e coletiva, as proposições e o controle como “aplicação prática de um processo avaliativo (CARVALHO, 2006).

Visto que, a institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade (COSTA, AM., and VIEIRA, NA., 2013).

Na saúde, a gestão participativa vem sendo encarada como um desafio conceitual e prático. O compartilhamento do processo decisório está na base do conceito da gestão participativa. A renovação e criação de instâncias mais flexíveis, porosas e efetivas às complexas demandas sociais, coadunam-se com as evidências sobre as limitações dos canais tradicionais de articulação no interior do Estado, entre governo e sociedade (COSTA, AM; VIEIRA, NA., 2013).

As bases legais sobre a participação social no SUS foram promulgadas em 1990 na Lei Orgânica da Saúde (LOS). É importante registrar que a LOS foi editada após importantes vetos do governo em uma atmosfera muito nebulosa quanto à efetivação das conquistas constitucionais. A lei nº 8.080/90 reafirma no seu artigo 7º a participação social como um princípio para o SUS e a lei nº 8.142/90 no seu artigo 1º define, que sem prejuízo das funções do poder legislativo, sejam criadas os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1º da lei 8142/90 afirma que:

§ 1o — A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da Política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2o. — O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Questionados sobre qual o entendimento de cada um sobre as Políticas Públicas de Saúde, observamos relatos relacionados ao sistema do SUS e sua institucionalidade, bem como, a importância de se garantir a acessibilidade e o atendimento a grande parte das necessidades da população. Para traduzir em medidas concretas, políticas de redução das desigualdades e garantia do direito à saúde, os mecanismos de participação, controle e transparência na gestão pública devem ser fortalecidos. As instâncias de democracia direta e participativa, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos de saúde, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos, entre outros, deverão ser convocados à luta pelos direitos sociais que defendem a revisão de políticas macroeconômicas e que restringem a implementação plena das políticas sociais e o desenvolvimento social (COSTA, AM; VIEIRA, NA., 2013).

Durante o decorrer da realização das entrevistas os entrevistados citaram como sugestões a serem implementadas ou melhoradas a questão da capacitação dos conselheiros, da existência de uma maior preocupação para com o repasse de informações de forma a proporcionar o entendimento de todos os que participam das reuniões e de modo que todos possam entender os referenciais teóricos que são citados e o modo mais “formal” de conduzir as reuniões.

O desenvolvimento de processos de qualificação destes conselheiros, por meio de capacitações específicas e/ou permanentes, propicia o aprimoramento do exercício de Controle Social, inclusive na qualificação de demandas e adoção de prioridades que resultem na melhoria das condições de vida da população (COSTA, AM., and VIEIRA, NA., 2013).

Conclusão

Este estudo teve como objetivo a análise da participação do Controle Social na esfera da Política Pública da Saúde em um município do

Extremo Oeste de Santa Catarina. Por meio deste, foi identificado os limites e possibilidades da participação dos membros do Conselho Municipal da Saúde no âmbito abrangente do Controle Social. Da mesma forma, pode-se identificar como se constitui a paridade representativa dentro dos conselhos de saúde, com as devidas porcentagens para usuários e seus demais representantes, desde a concepção de seus membros e as funções mais frequentes do Conselho Municipal de Saúde.

Findando a realização desta pesquisa, com a divulgação dos resultados obtidos, procurar-se-á oportunizar informações capazes de potencializar a participação do Controle Social na Política Pública de Saúde. Julga-se que a proposta inicial do projeto de pesquisa, é contribuir no levantamento das complexidades enfrentadas pelos Conselhos Municipais, no que diz respeito à sua consolidação. E, espera-se que o resultado da pesquisa possa impulsionar propostas que se configurem como respostas para o fortalecimento da participação no Controle Social, reconhecendo-se os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do sistema de saúde.

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília. Promulgada em 5 de outubro de 1988 atualizada até a Emenda Constitucional nº 57, de 18 de dezembro de 2008. São Paulo: imprensa oficial, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais*. Brasília; 2001.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. 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. Publicado no Diário Oficial em 31 de Dezembro de 1990.

CARVALHO, GCM. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; 2006.

COSTA, AM., and VIEIRA, NA. *Participação e Controle Social em Saúde*. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

DEMO, Pedro. *Pobreza da Política*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FERREIRA, C. S. *Políticas públicas de fomento ao Controle Social: estudo da relação entre participação social e falhas na gestão pública em prefeituras municipais da região nordeste*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

FLEURY, S. *Socialismo e democracia: o lugar do sujeito*. In Fleury S, Lobato LVC (orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 24-46.

GODOY. Arilda Schmidt. *Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais*. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, mai/jun. 1995.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

MACEDO, L.C. *Participação e Controle Social na área da saúde: uma revisão bibliográfica [dissertação]*, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Gestão participativa em Saúde*. Publicado: Quinta, 29 de junho de 2017, 11h05.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. *Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MORRONE, Carla; DIAS, Cora; MORELI, Lucinéia. *Para entender o Controle Social na Saúde : Ministério da Saúde, Conselho nacional da Saúde*. Brasília/DF, p.43, 2013.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser. *A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE. 1998.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA . *Conselho Municipal da Saúde - CMS*. Disponível em: https://transparencia.saomiguel.sc.gov.br/uploads/___lein2883_57892ad2ce3b1.pdf. Acesso em: 29 mar. 2020.

SÁNCHEZ, F. Orçamento Participativo: teoria e prática. São Paulo: Cortez, 2002. 119 p.

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

YUNES, J. Participação Social em Saúde. *In*: Cadernos de texto da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde; 1986.

ZAMBON, Vera Dib; OGATA, Márcia Niituma. Controle Social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde : Social control of the Single Health System: what think the municipal health counselors Control Social del Sistema Único de Salud: lo que piensan los consejeros municipales de salud. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 6, p. 1, nov.,dez./2013.