

UM ESTUDO PARA FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Graziela Scheffer¹
Fabiane Camargo Brito²

RESUMO

O artigo é fruto da pesquisa "Conselho Municipal de Saúde (CMS): Um Instrumento de Participação e Controle Social"; o objetivo foi verificar a execução dos trabalhos desta entidade por meio da análise da atuação dos conselheiros municipais de saúde, a fim de contribuir no fortalecimento do SUS. A investigação foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e análise documental das Atas das Reuniões do CMS no primeiro semestre de 2011.

PALAVRAS-CHAVE: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. CONTROLE SOCIAL. PARTICIPAÇÃO.

A STUDY FOR STRENGTHENING THE SOCIAL CONTROL IN HEALTH

ABSTRACT

The article is the result of research "Municipal Health Council (CMS): A Tool for Participation and Social Control", aimed to verify the implementation of the Municipal Board of Health by analyzing the performance of municipal health counselors to contribute to the strengthening SUS. The investigation was conducted through semi-structured interviews and documentary analysis of Minutes of Meetings of CMS in the first half of 2011.

Keywords: Municipal Council Health. Social control. Participation.

¹ Assistente social mestre e doutoranda UFRJ. Docente da Universidade Federal do Tocantins (UFT); coordenadora Grupo Estudos e Extensão: Saúde, Interdisciplinaridade e Cidadania.

² Assistente Social (UFT), atualmente profissional da Secretaria Estadual de Saúde.

A expressão “controle social” nem sempre significou participação social da sociedade civil na gestão e execução das políticas públicas e nem sempre teve como objetivo tornar transparente as ações governamentais para a sociedade. Antes da Constituição Federal de 1988, essa expressão era empregada como forma de designar o controle exercido pelo Estado sobre a sociedade, quase sempre executado por meio da repressão e da cooptação; um exemplo deste controle são as políticas sociais, estratégias de que o Estado lança mão para cooptar as camadas populares efervescentes; mas que, por outro lado, não deixa de representar conquistas das lutas sociais dos trabalhadores. O controle social na saúde é exercido pelos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); sua atribuição institucional surge com a Constituição Federal de 1988 como sendo um dos mecanismos de participação nas políticas públicas e foi legalizado por meio da Lei 8.142, de 28 dezembro de 1990, que 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.

Segundo Carvalho (1995, p. 8), o “controle social” é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Barros (1998, p. 31) enfatiza que “ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade”. Na atualidade, porém, o controle social significa a ação do Estado no sentido de democratizar os procedimentos decisórios, tendo em vista a efetivação da cidadania por meio da participação social. Também é importante salientar que a participação social é uma conquista da sociedade civil organizada e, como todas as outras conquistas, não se deu de forma pacífica; pelo contrário, isto ocorreu com muita luta e pressão. Para Correia (2008, p. 124), a participação social como forma de controle social da sociedade civil sobre o Estado surgiu em meio ao processo de redemocratização

da sociedade brasileira. Machado (1986, p. 299) destaca que a participação social em saúde seria “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e avaliação das políticas públicas para o setor de saúde”. Estudar os Conselhos de Saúde é fundamental, pois são uma expressão histórica das conquistas democráticas e são os principais condutos de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição da atenção em saúde. Aliás, os Conselhos Municipais de Saúde são instrumentos de gestão do SUS, essenciais para a construção de um novo plano de saúde ligado às classes populares. “Os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais; entretanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país” (Menezes, 2012, p. 262-263). É nesse sentido que este texto busca contribuir por meio da apresentação da pesquisa.

OS CONSELHOS DE SAÚDE: um espaço de luta

A 8ª Conferência de Saúde foi considerada um marco histórico para a política de saúde da sociedade brasileira, no debate da questão da participação popular no SUS, na perspectiva de controle social da sociedade civil sobre as ações do Estado. E foi por meio da “pressão” que o Movimento Nacional de Reforma Sanitária, articulado com os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares, conseguiu inserir suas pretensões no texto constitucional; ou seja, a conquista do SUS (Correia, 2008). Mesmo com a publicação da Constituição Federal, ainda permaneceu a luta em prol do Sistema Único de Saúde, até se conseguir, em 1990, a aprovação das leis que regulamentam a saúde. Quando, no entanto, se acatou a lei 8.080 em 19 de setembro de 1990 houve a proibição do artigo que tratava da participação social no Sistema Único de Saúde. “O art. 11, que tratava da participação da comunidade no SUS foi vetado, devido à forte pressão política dos grupos refratários” (Alves, 1998, p. 91). Devido às rei-

vindicações e lutas populares, conseguiu-se aprovar a lei 8.142 em 28 de dezembro de 1990, que trata especificamente da participação popular³ no SUS.

Foi necessária nova mobilização dos defensores do SUS para que, ainda em 1990, fosse sancionada a nova lei – Lei 8.142/90 –, que passou a tratar especialmente da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde (Alves, 1998, p. 91).

Os Conselhos de Saúde na Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 têm a seguinte definição: são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com atribuições de fiscalização e controle dos serviços e ações executados pelo SUS. A composição dos Conselhos de Saúde deve ser paritária e contar com representantes dos prestadores de serviços, profissionais de saúde, governo e usuários. A garantia da paridade é observada ao se assegurar que 50% dos membros sejam representantes dos usuários, pois só assim se verificará o efetivo exercício do controle social pela sociedade.

Os Conselhos existem nas três esferas de governo, possuem a mesma composição; ou seja, 25% das vagas para os trabalhadores de saúde, 25% divididos entre os representantes de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos e como já foi referido, 50% das vagas são destinadas aos usuários. composição essa regulamentada pela Resolução nº 33/1992, a qual em 2003 foi inteiramente substituída pela Resolução nº 333/2003, que objetivava “consolidar, fortalecer e ampliar o controle social do SUS, e foi fruto de intenso debate e reiteradas demandas dos conselheiros estaduais e municipais buscando um melhor desempenho de suas funções” (Alves, 1998, p. 94). E,

também, “os conselhos são independentes entre si, não existindo qualquer grau de subordinação entre eles, havendo apenas uma uniformização nas diretrizes que devem ser defendidas junto a cada nível de governo” (1998, p. 94).

Atualmente defende-se um processo de capacitação contínua dos conselheiros e devem ser respeitadas as peculiaridades de cada grupo, garantindo, assim, uma maior efetividade do programa. As principais dificuldades enfrentadas pelos Conselhos de Saúde estão relacionadas com sua estrutura física, ou seja, a falta de espaço físico exclusivo, posto que, em sua maioria, encontram-se no mesmo endereço da Secretaria de Saúde e também pela ausência de recursos próprios e “inexistência de regras que assegurem o livre exercício do mandato de conselheiro” (Alves, 1998, p. 104).

Essas dificuldades refletem diretamente em maior ou menor autonomia dos Conselhos de Saúde em relação ao poder Executivo. Para esse último, é interessante manter os Conselhos de Saúde dependentes, pois assim poderão barganhar para conseguir aprovações nos encaminhamentos do seu interesse (Alves, 1998, p. 104).

Bravo e Souza (2002) classificam em quatro as concepções teóricas a respeito dos Conselhos. A primeira delas expõe que são vistos como “arena de conflitos em que diferentes projetos estão em disputa, pautada em Gramsci e nos neogramscianos” (Menezes, 2012, p. 261). Essa concepção não é hegemônica nas pesquisas atuais na área da saúde. A segunda concepção vê os Conselhos como espaços de consensos, em que os interesses individuais e particulares concentram-se e encaminham-se para o interesse de todos.

Os conselhos têm sido percebidos, em um número significativo de estudos, como *espaço consensual*, onde diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção pautada em Habermas e nos neo-habermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses (Menezes, 2012, p. 261-262).

³ Com relação à Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, tem-se: em seu artigo 1º, a Lei n. 8.142 estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (alíneas I e II) (Brasil, 2009, p. 144).

Outras concepções já os conceituam “como *espaços de cooptação da sociedade civil* por parte do poder público. Essa concepção não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes” (Menezes, 2012, p. 262). E a quarta e última concepção “não aceita esse espaço, ou seja, questiona a democracia participativa e defende apenas a democracia representativa”. Ao fazer uma análise sobre a participação comunitária no Sistema Único de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) chega à seguinte conclusão:

A participação comunitária legitimou-se na medida em que contribuiu para a conquista do Sistema Único de Saúde, mas ainda não se conseguiu realizar a expectativa de transformação do sistema de saúde acalentada no seio do movimento social. Isto não nos autoriza a desqualificar a participação e o controle social, mas a esclarecer as limitações e a negociar as possibilidades imediatas, mediatas e de longo prazo do setor saúde em bem assistir a todos. Nessa perspectiva, deve-se cumprir o que estabelece o próprio Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, negociado entre os gestores do SUS e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2009, p. 152-153).

Cabe ressaltar que a política de saúde vem sofrendo os impactos do ajuste neoliberal; portanto, faz-se imprescindível que os Conselhos mostrem-se vigilantes e atuantes no controle social da política de saúde, a fim de manter o direito à saúde universal, integral e equânime. Para Coutinho (2000), a “democracia é sinônimo de soberania popular”, entendendo como soberania popular a ativa participação consciente dos cidadãos na constituição e nas decisões do governo, assim como no controle da vida social.

Partindo da concepção gramsciana, podemos afirmar que os conselheiros podem atuar pelos preceitos da universalidade almejando fazer mudanças e/ou transformações efetivas na vida dos habitantes. Podem propor lutas que signifiquem causas comuns ao gênero humano, pois caso contrário, estaremos sempre, de certa forma, fomentando discussões acerca de interesses particulares ou na defesa de uma categoria, ou mesmo da gestão. O espaço em voga, colocado em discussão neste estudo, pode

ser identificado com o partido. Gramsci alertou ser ele uma extensão que possibilitaria ao indivíduo afastar-se do grupo da sociedade de que faz parte, eliminando o momento em que alguém é opositor de outrem. Tal proposição pode ser um caminho na construção de um sentimento compreendido e abrangido por muitas pessoas, promovendo e estimulando a participação popular nas decisões sobre as situações que estão diretamente ligadas à vida em sociedade e, portanto, dando impulso a democratização do bem comum.

ARENA, SUJEITOS E LUTAS: resultados da pesquisa

A pesquisa teve como objetivo investigar a forma pela qual o Conselho Municipal de Saúde exerce controle social por meio da atuação de seus conselheiros, a fim de contribuir para o fortalecimento do SUS em âmbito municipal. A investigação foi realizada com os conselheiros municipais de saúde e empregou como método de análise o materialismo histórico dialético, visando a verificar como os sujeitos atuam no controle social.⁴ Utilizamos na coleta formulários, que foram aplicados a seis conselheiros. A escolha dos conselheiros ocorreu por meio de amostra aleatória simples. Também realizamos uma análise documental das “Atas das Reuniões” do CMS de Miracema do Tocantins relativas ao primeiro semestre de 2011, totalizando uma amostra de seis documentos. Foi feito um pré-teste, que possibilitou revisar o formulário, pois ele tinha 22 questões e passou a ficar com 17; já na pré-análise dos dados, este número reduziu-se para 10. Com base nos formulários e nos documentos e por meio de análise de conteúdo, foram elaborados

⁴ O método Materialismo Histórico Dialético vai além da aparência do fato por meio do movimento da abstração; busca-se também as determinações do real por meio de sucessivas aproximações que condicionaram aquilo que realmente existe, voltando-se ao fato com a essência do mesmo, ou seja, com o conhecimento “aproximado” da realidade concreta.

eixos temáticos, para facilitar a exposição dos resultados: 1) Percepção dos conselheiros acerca de sua função e atuação; 2) Correlação de forças: gestão, população e conselheiros e 3) Conselho Municipal de Saúde: exercício do controle social.

Eixo 1: Percepção dos conselheiros acerca de sua função e atuação

Neste eixo procuramos avaliar se a visão dos conselheiros municipais de saúde é compatível com os dispositivos legais do SUS em suas atuações. Questionou-se os conselheiros sobre a sua percepção de como se caracterizaria sua função e como deveria ser a atuação de quem a exerce. Em relação às respostas observou-se que a maioria se assemelha. Conforme ilustra a fala do informante 1,

Bom, a nossa função de conselheiro é de fiscalizar as ações da saúde, o que se refere às verbas e/ou recursos destinados à saúde, como são gastos esses recursos. Além de fiscalizar como está sendo gasto os recursos da saúde, também atendemos à demanda da população através de suas denúncias referentes à rede de atendimento. Cabendo-nos enviá-las para a Secretaria Municipal de Saúde. Cabe, também, à gente fiscalizar, tanto na rede pública como também na privada. A gente também faz as Resoluções para dizermos se somos favoráveis ou não ao assunto discutido, dando o nosso parecer. Discutimos como adaptar em nossa realidade os eixos temáticos enviados pelo Ministério da Saúde para as Conferências, já que acontece de cima para baixo.

O informante 3, entretanto, assumiu uma posição diferente; ele destacou que a função do conselheiro é pautada na concepção de trabalho voluntário. Vejamos:

Ajudar a construir a política de saúde de acordo com a instância que está inserido (Município, Estado ou União) partindo do pressuposto que conhece bem a realidade e as necessidades locais. A atuação de um conselheiro deve ser de maneira efetiva e com boa vontade, pois é um cargo voluntário.

Na entrevista do informante 3 observamos certo distanciamento em relação à contribuição objetiva que pode acontecer na atuação como conselheiro(a), visto que se apoia em um exercício baseado no voluntariado. Contrariou o que está disposto em lei e no Regimento Interno do CMS. A Lei nº 93-A/91, de 14 de maio de 1991, que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Miracema do Tocantins, em seu art. 5º, inciso I, expressa que: “O exercício da função de conselheiro não será remunerado, considerando-se como serviço público relevante”. E o artigo 11 do Regimento Interno do CMS de Miracema do Tocantins dispõe que não é atividade voluntária, até porque não é qualquer pessoa que pode participar do CMS, ou seja, há critérios estabelecidos em lei para que um indivíduo possa vir a ser um conselheiro.

Conforme os relatos, percebe-se a ausência na apreciação de algumas de suas funções enquanto conselheiros, que se encontram elencadas no próprio regimento interno do Conselho. Decerto isso pode significar uma limitação quanto ao desempenho das funções que tomam para si tais conselheiros. Essa realidade põe na agenda do dia a necessidade de fortalecer os conselheiros, “tanto do ponto de vista da capacitação e estabelecimento de garantias e estabilidades, como no investimento da estrutura física dos Conselhos de Saúde” (Alves, 1998, p. 104). Talvez, por isso, um conselheiro menciona em Ata a respeito da necessidade de ter o auxílio de um técnico contábil, a fim de explicar as questões contábeis da prestação de contas. Foi investigado com os conselheiros se ocorriam debates nas reuniões a respeito das doenças mais recorrentes e sobre as estratégias de como evitá-las. Obtiveram-se respostas afirmativas de todos. A seguir as falas dos informantes 2 e 3, respectivamente.

Sim. Como falei a gente sempre faz reuniões extraordinárias para fazer esses debates, e como é muito complicado devido ao tempo, pois é muita coisa para discutir e pouco tempo, pois é feita duas horas de reunião ao mês. E antes dessas reuniões procuramos o responsável (profissional) para explicar o porquê daquela doença. Nós, dentro dessas doenças criamos propostas para fim de evitá-las.

Sim. Atualmente estamos muito preocupados com o número de leishmaniose visceral que está ocorrendo no município. Antes foi com a dengue, que sugerimos inclusive intervenção para melhorar os indicadores deste agravo.

Ainda sobre essa temática consta na Ata do dia 3 de março de 2011, da 56ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal, a iniciativa de uma campanha contra a dengue em um determinado bairro, organizado por um dos conselheiros, e outro a respeito de uma mobilização em prol da defesa do Córrego Correntinho, feito por outro conselheiro. Assim como na quinta Ata do dia 5 de maio de 2011, da 58ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Miracema do Tocantins, houve a discussão sobre a campanha da vacina contra a gripe e uma conselheira perguntou se o CMS poderia participar da campanha de vacinação.

Foi indagado aos conselheiros a respeito das denúncias e/ou propostas da população usuária e de como elas deveriam ser trabalhadas por eles (conselheiros). As respostas dos informantes foram bem parecidas. São explicitadas a seguir, pelos informantes 1 e 2:

A gente recebe, não direto, como todo mês. Mas geralmente a gente recebe denúncias no Conselho. E geralmente elas vêm de forma informal, não documentada. Aí o Conselho coloca em discussão nas reuniões, e depois passa para a Secretária da Saúde para que ela possa tomar as devidas providências, se ela não fizer nada para mudar a realidade, em outro momento cobramos novamente. Quanto às propostas, quando recebemos, se achamos que ela é viável, aí tentamos colocá-las em prática. As denúncias vêm relacionadas ao atendimento, ou seja, que muitas vezes não conseguem atendimento, ou não foram bem atendidos. As consultas são agendadas, as pessoas vão para a consulta, aí o médico não comparece e nem avisa que não viria.

Até então, no período que estou no Conselho que me lembro, não houve nenhuma proposta pela população. A não ser uma feita pelo próprio Conselho, de levar a conhecimento para a população, através de seus segmentos organizados, sobre as ações do Conselho.

Por conseguinte, pautando-se no que está descrito na Ata do dia 7 de abril de 2011 da 57ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal, houve a exposição de denúncias de usuários quanto à demora em se conseguir uma consulta e também sobre a falta de compromisso de alguns profissionais de saúde, que faltam ao serviço sem justificativa e não lhes é cortado o ponto; contudo, diante das denúncias, não houve nenhuma proposta de se solucionar essas questões. Sobre a postura dos profissionais da saúde:

No Brasil, de forma geral os funcionários de instituições públicas (...) não se sentem parte integrante das mesmas e, portanto, não apresentam interesse em seu bom funcionamento. Evitar que essa situação se configure na área da saúde só é possível com longo trabalho de persuasão nas categorias, de forma a mudar valores que distorcem a função dos profissionais na sociedade, como o individualismo, a falta de responsabilidade, etc. (Gallo; Nascimento, 2011, p. 95).

É necessário frisar, no entanto, que os conselheiros, em alguns momentos e em algumas situações, mostraram-se preocupados com determinadas questões relacionadas à saúde pública no município, porém não foram percebidas muitas propostas e/ou estratégias para mudar a realidade local.

Outra pergunta feita aos conselheiros foi sobre divulgação das ações e funções do Conselho; ou seja, se eles produzem informativos para serem distribuídos para a população. Todos afirmaram que ainda não divulgam, mas que possuem proposta de encaminhamento nesse sentido por parte do CMS. Vejamos:

Não. Atualmente estamos planejando, através de uma comissão, tentar fazer reuniões do Conselho em diversos pontos da cidade (conselho itinerante), divulgação nas rádios locais, etc., mas ainda está só no planejamento (Informante 3).

Apesar de todos expressarem serem atuantes e participativos, e “reclamarem” da não participação dos usuários, verificou-se a falta de divulgação das ações do Conselho e de articulação com a comunidade. Acreditamos que uma atuação nesse sentido melhoraria a participação popular no órgão e for-

taleceria as ações do Conselho de Saúde junto a gestão municipal. Em síntese, fazemos a seguinte reflexão do que foi discutido:

- 1) Entre os conselheiros, existe certo desconhecimento de suas funções; eles expressam a necessidade de uma capacitação contínua na formação de conselheiros, a fim de fortalecer esse espaço democrático de controle social e participação popular.
- 2) Ainda sobre as funções do Conselho e da participação da população, destaca-se a ausência de divulgação de seu papel junto a sociedade. Por esse fato, podemos considerar de fundamental importância a contribuição do Serviço Social (por meio de uma assessoria) bem como da Universidade no fornecimento de subsídios que venham a consolidar esse espaço de controle social e participação popular.

Eixo 2: Correlação de Forças: Gestão, População & Conselheiros

Neste eixo pretendemos averiguar as disputas existentes dentro do Conselho Municipal de Saúde. Nesses espaços não deixa de existirem conflitos, uma vez que sua composição é favorável a isso, pois nela expressam-se ideologias diversas no exercício do controle social. Conforme Teixeira (1988, p. 14), “não são espaços neutros, imunes a conflitos, contradições e manipulações, mas podem constituir-se em instrumentos abertos ao debate público, às proposições de estratégias para efetivar direitos já conquistados ou a construir”.

Os confrontos e algumas formas de resistência contra a lógica privatista da saúde estão registrados na Ata do dia 7 de abril de 2011 da 57ª Reunião Ordinária do CMS – ocorreu um debate sobre a Conferência Municipal de Saúde e a necessidade de propor estratégias contra a privatização do SUS; houve menção sobre a verba que o município recebeu para ser aplicada na saúde do trabalhador e sobre o projeto a ser desenvolvido dentro dessa temática.

Nas questões apontadas anteriormente, tanto na ata quanto da autora, fica claro que a existência de resistência no campo da saúde contra as ofensivas neoliberais é fruto do legado da reforma sanitária. Com base no registro das Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, identificamos que a correlação de forças existe, mas não é tão explicitada, visto que, apesar de um ou outro conselheiro fazer questionamentos, a maioria das pautas da gestão é aprovada.

Na Conferência discutimos a realidade local a partir daqueles eixos temáticos, e elaboramos as propostas, e essas propostas são levadas para a Conferência Estadual. Se a gente consegue aprovar algumas das propostas na Estadual, então serão levadas para a Conferência Nacional. Acredito que a atuação deve ser autêntica, com assiduidade, com participação nas reuniões ordinárias que acontecem na primeira quinta-feira de cada mês, e as reuniões extraordinárias (Informante 1).

Logo, podemos afirmar que o CMS é sim uma arena de conflitos, consubstanciada na disputa de interesses que envolvem poder e hegemonia.

Os contornos da contrarreforma na política de saúde têm relação com duas importantes características dessa política, que vão contribuir decisivamente com as suas particularidades bem como com as formas de resistência a esse processo: 1) politização do direito à saúde mesmo que parcialmente constituída; 2) o direito à saúde está intrinsecamente vinculado com o direito à vida. Tais características vão interferir na configuração das estratégias da contrarreforma e nas suas particularidades [...] (Soares, 2012, p. 95).

Perguntamos se o Conselho possui autonomia. Para Faleiros (2008, p. 110), “a autonomia não é uma teleologia, mas um processo de luta, de articulação de poderes por meio da organização, da teorização, da mobilização de energia, recursos e estratégias que se traduzem em força, em contra-hegemonia”. Todos responderam que o Conselho tem autonomia, mas o que identificamos por meio dos dados é que na realidade essa autonomia é relativa, visto que sofrem entraves por parte da gestão, tanto no aspecto financeiro quanto nas influências

advindas dos conselheiros que representam a gestão, fato evidenciado nos relatos dos informantes 2 e 4, respectivamente:

Sim. Acho que o Conselho tem sim autonomia, não só tem como vem atuando livremente. Pois, sua composição permite isso, pois 50% representam usuários e os outros 50% gestão e trabalhadores. O nosso maior problema aqui é a parte financeira, pois o Conselho não tem recursos financeiros, então muitas vezes nós temos alguns entraves, somos amarrados em alguns casos. E até mesmo como proposta de um conselheiro foi a de destinar uma parte da verba da saúde para o Conselho para que possa ter recursos próprios, sua sede própria e se desvincular da Secretaria de Saúde.

Sim. O Conselho é um órgão deliberativo. Ele é bem atuante, mas às vezes tem alguns obstáculos por parte da gestão, por exemplo, em aprovar o Relatório da Secretaria de Saúde, os que votam a favor são maioria, mas eu sempre voto contra.

Concordamos com Alves que as principais dificuldades enfrentadas pelos Conselhos de Saúde estão relacionadas com suas estruturas físicas; ou seja, pela falta de espaço físico exclusivo, uma vez que, em sua maioria, encontram-se no mesmo endereço da Secretaria de Saúde e também pela ausência de recursos próprios e “inexistência de regras que assegurem o livre exercício do mandato de conselheiro” (Alves, 1998, p. 104). Na Ata identificou-se a tentativa de estabelecer uma maior autonomia do Conselho via sugestão de um conselheiro de que fosse destinado 1% da verba da saúde para o Conselho de Saúde.

Outra questão que também tem implicações na autonomia dos conselheiros é o acesso ou não aos documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Todos responderam que têm, sim, acesso a esses documentos, no entanto nem todos relataram quais são esses documentos que o Conselho deve analisar, avaliar, fiscalizar e aprovar. Os entrevistados destacaram que os documentos não ficam na Secretaria de Saúde; ou seja, para que os conselheiros possam analisá-los devem se dirigir à sede da prefeitura. Os documentos referentes à saúde

(relatórios, planos) são produzidos pela Secretaria de Finanças e permanecem nesse local. Veja-se os relatos:

Sim. Além do que é passado para os conselheiros nas reuniões do Conselho, a secretária de saúde sempre faz perguntas se alguém quer visitar a Secretaria, e até [existe] uma sugestão do Tribunal de Contas [que] é de tirar cópias dos documentos da Secretaria, das notas fiscais, por exemplo. O ideal seria a gente fazer um convênio com algum contador para que possamos fazer a fiscalização desses documentos. Pois muitas vezes a gente não sabe de algumas coisas que foram gastas, pois se tivéssemos um contador, [isso] nos ajudaria a entender melhor a prestação de contas, tiraria as nossas dúvidas (Informante 2).

Sim. Mas temos que nos deslocar para a prefeitura, [a documentação] deveria ficar na Secretaria de Saúde, [isso] facilitaria o trabalho dos conselheiros (Informante 4).

Ainda sobre questão da autonomia na Ata analisada do dia 10 de fevereiro da 55ª reunião, teve-se a exposição do Plano Municipal de Saúde. Um conselheiro questionou a demora de sua apresentação, pois se fosse necessário fazer alguma alteração não haveria tempo. Então, foi explicado que o prazo de entrega foi prorrogado, visto que deveria seguir as instruções da Sesau. Outro conselheiro fez uma pergunta sobre o Fundo Municipal de Saúde, e a Secretária Municipal de Saúde lhe respondeu que houve uma evolução, porém não possui autonomia própria, mas que em alguns momentos consegue atuar como autônoma e ressalta que ainda se tem muito a evoluir. E um terceiro conselheiro fez uma crítica, dizendo que a falta de governo pleno implica algumas situações – pagar duas vezes pelo mesmo serviço. O término da apresentação e consequente aprovação do Plano Municipal de Saúde ficou para uma reunião extraordinária. Em relação à percepção dos entrevistados sobre a participação da população usuária dos serviços de saúde na administração do SUS, os conselheiros expõem que a falta de participação da população é devido à falta de interesse. Segundo descreve o informante 2:

Como eu tava te falando, é muito complicado, pois eles são muito conhecedores do SUS, a participação é muito pouca. A população em si, só partici-

pa em si do Conselho através dos representantes dos usuários, e é por isso que a gente pretende levar o conhecimento através das reuniões do Conselho na comunidade. A população conhece o SUS, mas são pouco preocupados. Uma boa parte creio que seja por falta de conhecimento. O índice de conhecimento é baixíssimo. Outra coisa é o não envolvimento das pessoas, ou seja, por acharem que não lhes trarão nenhum benefício, não querem participar.

Com base no relato anterior, evidencia-se uma contradição em seu argumento, pois uma hora diz que a população não participa por carência de interesse, posto que é conhecedora do SUS, e em outra diz que é por ausência de conhecimento. Também verificou-se na análise das Atas uma tendência a um processo de culpabilização da população usuária por alguns conselheiros, para poder justificar o não cumprimento de algumas metas constantes no Relatório de Gestão.

Com base no resultado dos dados verificamos três aspectos que vêm dificultando a participação da sociedade civil nos Conselhos, que são:

- 1) ausência de divulgação do papel dos Conselhos, que leva ao desconhecimento da importância da participação da população nesse espaço. Desse modo, acredita-se que pelo menos a maioria da população não sabe que pode participar da gestão do SUS e nem tem conhecimento de como fazê-lo. E isso pode-se verificar na própria fala dos conselheiros quando dizem que não divulgam as ações do Conselho;
- 2) espaço físico inadequado, pois além de não comportar um número suficiente de pessoas, ainda não tem uma boa visibilidade e o espaço utilizado está atrelado à gestão – o que pode, de certa forma, levar ao receio da população em denunciar ou criticar a forma como vem sendo executada a política de saúde no município;
- 3) e por fim podemos apontar que, na conjuntura atual desse sistema intensificam-se valores que estão pautados no individualismo, no egoísmo, na desunião e na competitividade; ou seja, na fragmentação da sociedade civil. Para além desses aspectos “individualistas” estamos passando por uma forte crise nos movimentos sociais em

geral, incluindo os movimentos de saúde, oriundos das transformações do mundo do trabalho, que levaram à terceirização e à precarização dos vínculos empregatícios, bem como na ampliação do desemprego e no aumento da informalidade, que resultaram no enfraquecimento do poder sindical e no recrutamento de sujeitos para uma possível sindicalização. Dessa forma, conforme Marx e Engels (2007, p. 53), “o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história”. Logo, alijados pelo desemprego ou pela insegurança no emprego (situação imposta por esse modelo de produção) – lutando para sobreviver –, submetidos a longas e duras jornadas de trabalho – não lhes sobrando tempo e condições físicas –, como pode essa classe subtraída pelo capital se articular, se organizar e se mobilizar contra essas disparidades sociais? Além de tudo isto o Estado, por meio de suas artimanhas, tenta o tempo todo cooptar a população de diversas formas. Incentiva e investe em planos privados de saúde para que o SUS seja uma política pobre para pobres.

Diante do descrito acerca da falta de participação da sociedade civil em relação aos seus direitos; sobre a deficiência em organização, participação, mobilização em prol de seus direitos duramente adquiridos e que aos poucos e sem muita resistência vêm sendo desconstituídos, percebemos que o trabalho do Conselho de Saúde é um canal importante no sentido de politizar, sensibilizar e mobilizar a população para que possa mudar essa realidade. Enfim, concluímos que são diversos os fatores que condicionam a não participação da população usuária na gestão e administração do SUS.

Eixo 3: Conselho Municipal De Saúde: Exercício do Controle Social

Neste eixo analisamos a forma pela qual o Conselho Municipal de Saúde exerce o controle social da política de saúde. Questionou-se os conselheiros sobre a execução da política de saúde em âmbito municipal. Nesta questão não houve divergências;

ou seja, todos concordaram que a política de saúde municipal é boa. Somente um conselheiro, apesar de dizer que a política de saúde é boa, narra as deficiências do sistema.

Com relação à política para que ela seja trabalhada como está escrita, precisa melhorar, principalmente pelos profissionais, em especial na área médica. Outra coisa que iria contribuir com a política de saúde para que ela chegue no que realmente precisa, é ter um investimento diversificado em especialidades médicas; ou seja, profissionais de várias áreas. Como, por exemplo, nós já discutimos a necessidade de ser implantado o CAPS, com os profissionais que exigem, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, etc. E também deve-se trabalhar em rede; por exemplo, ter uma integração da saúde com a assistência. As deficiências estão relacionadas com: o problema no atendimento médico, pois tem-se muitas reclamações, por não cumprirem horário, por faltarem sem justificar; os transportes não atendem às demandas da população, pois só possui três ambulâncias, e ainda o Hospital às vezes requisita as ambulâncias; os carros administrativos também não conseguem atender às demandas, ficando muitas vezes a área rural descoberta. E também de profissionais, pois muitas vezes não tem o profissional para atender à demanda, então tem que mandar para fora ou para outros locais, como a Apae (Informante 1).

Observa-se que há um consenso entre os conselheiros sobre um bom andamento dos serviços de saúde no município, entretanto é explicitado em Ata por uma conselheira certa dificuldade de transportes para poder dar efetividade às visitas domiciliares. Outra conselheira ressaltou que essa mesma situação acontece com funcionários de nível superior; uma outra conselheira relatou que o município não tem pernas para alcançar as mudanças exigidas pela Sesau e MS, e que o município deveria oferecer capacitações contínuas. O que nos mostra, de certa forma, “uma acomodação” no sentido de enfrentamentos e construção de propostas que venham ao encontro das reais necessidades da população.

Cabe ressaltar que “quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado in-

teresse (ou grupo de interesse) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade” (Coutinho, 2011, p. 55).

Sobre como os conselheiros vêem o Conselho Municipal de Saúde, foi questionado sobre o seu desempenho no município. Na visão dos conselheiros, o órgão tem um bom desempenho, é atuante, mas que precisaria melhorar com relação a uma maior participação dos membros, principalmente dos que representam os usuários.

Ele não está perfeito, mas é um Conselho ativo, que tem cumprido as leis e que dentro de suas dificuldades serve de espelho para os demais Conselhos. Tem participação. O que precisa ser mudado para melhor desempenho, seria com relação à maior participação dos conselheiros. Que muitos não participam. Mas os que participam são ativos (Informante 2).

A participação social em saúde engloba um “conjunto de intervenções no qual as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e avaliação das políticas públicas para o setor de saúde” (Machado, 1986, p. 299). De modo que a representação dos usuários vincula-se à participação enquanto uma “forma de regulação social que possibilita à população, por intermédio de seus representantes, definir as políticas de saúde, acompanhar na execução e fiscalizá-las” (Rêgo, 2002, p. 36). Verificamos, portanto, que há fragilidades do pleito da demanda dos usuários por meio de sua representação, haja vista a baixa participação na disputa de propostas que favoreçam os interesses da população. Isso nos leva a considerar a afirmação abaixo acerca da Reforma Sanitária:

o movimento sanitário não pode se restringir a que sua proposta seja hegemônica para o setor da saúde somente, mas também, por assim dizer, buscar a “hegemonia” da questão saúde na sociedade. Nunca é demais insistir nesse ponto, além de conseguir a hegemonia entre os profissionais de saúde para a proposta da reforma sanitária (...) é necessário revelar o tema da saúde na sociedade, desenvolver a consciência sanitária na população, sem o que a proposta de participação popular se tornará um mero clichê (Gallo; Nascimento, 2011, p. 94).

Apesar de a Reforma Sanitária ter sido gestada na década de 80, ainda não conseguiu desenvolver uma consciência sanitária que leve a uma representação expressiva na formulação e na gestão dos serviços de saúde no município. Podemos justificar tal fato por meio dos constantes ataques midiáticos e privatistas que vêm denegrindo a visão e a possibilidade da consolidação de uma gestão pública, universalista e eficaz do SUS. Este fato demonstra que passamos atualmente por uma guerra de posições, conforme ilustra a citação a seguir:

Estamos em pleno universo gramsciano: uma guerra de posições que se desenvolve em caminhos tortuosos, onde atores a favor e contra a reforma sanitária defendem seus ideários e entram em luta (de forma velada ou aberta), nas mais diversas instâncias – no interior dos aparelhos das instituições de saúde, junto às organizações da sociedade, no Congresso e nas instituições dos profissionais do setor –, no contexto de uma grave crise social e econômica (Gallo; Nascimento, 2011, p. 93).

Procuramos investigar a atuação do Conselho com relação à destinação dos recursos financeiros e econômicos da saúde, bem como à escolha das entidades prestadoras de serviços de saúde. A respeito dos recursos, os informantes explicaram que o Conselho fiscaliza-os por meio do relatório que lhe é enviado pela Secretaria de Finanças. O relatório é avaliado e aprovado, sendo, assim, tomado como prestação de contas. E no que diz respeito à escolha das entidades prestadoras de serviços de saúde, ressaltaram que o Conselho não é consultado, conforme relato:

O Conselho, na verdade, a cada três meses pede que a Secretária faça um relatório de tudo que foi gasto com a saúde. E quando ela faz um relato por alto, o Conselho vai e fiscaliza as notas fiscais. Ela traz um diagnóstico em slides do que foi gasto, discriminando item por item. A secretária no caso é a de Finanças, pois a secretária de Saúde não tem uma administração própria dos recursos. A verba vem para a prefeitura, e depois passa para a Secretaria de Saúde e essa manda as notas fiscais do que foi gasto para a Secretaria de Finanças e esta que faz o relatório para o Conselho. O Conselho tem o poder de interferir nas escolhas das destinações dos recursos. Na verdade, além

de perguntar e fiscalizar, a gente investiga tudo que foi gasto por aquela entidade prestadora de serviço. O Conselho não é consultado na escolha das entidades. Mas se a gente perceber que a escolha se deu de forma pessoal que beneficie alguém ligado ao poder, ou se perceber algum desvio de verba, a gente tem como interferir, até mesmo fazendo denúncia junto ao Ministério Público (Informante 2).

Ainda sobre essa temática, na *Ata do dia 15 de fevereiro da 7ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal*, identificou-se o questionamento de uma conselheira a respeito dos recursos disponibilizados ao Fundo Municipal de Saúde, que são das três esferas de governo e que, segundo ela, seriam insuficientes para cumprir com as demandas de exames; a conselheira que apresentava o Plano Municipal de Saúde relatou que a União não cumpriu com o estabelecido, o Estado em partes e que somente o município estava cumprindo com a Emenda Constitucional nº 29, que institui que seja disponibilizado 15% no mínimo do orçamento para a Semus. Salieta-se que os Conselhos de Saúde têm de ter controle dos recursos financeiros, tanto no âmbito Federal quanto estadual e municipal. Podemos identificar que o Conselho Municipal de Saúde enfrenta inúmeros obstáculos, o que compromete sua atuação referente à transparência e efetivo controle social.

Segundo Correia (2008), a efetivação dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores e do lado dos usuários. Do lado dos gestores, pela falta de transparência das informações e da própria gestão, bem como na manipulação dos dados epidemiológicos, no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros e pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas. E, do lado dos usuários, pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela falta de articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro, defendendo os interesses de sua entidade, pelo não acesso às informações e pelo desconhecimento sobre o seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido.

Conforme a legislação, verifica-se que a atuação Conselho de Saúde enfrenta inúmeros desafios, que é produto de três aspectos:

- 1) A gestão do governo municipal (2005-2012) que de certa forma vem dificultando o trabalho tanto da Secretaria de Saúde quanto do CMS.
- 2) Em segundo lugar, os conselheiros demonstram não conhecer todas as funções e competências do Conselho Municipal de Saúde, tendo em vista que o controle social do Conselho não se limita à análise, avaliação e aprovação do relatório anual de gestão.
- 3) E, por fim, o segmento dos usuários não se apresenta atuante e participativo, cabendo ressaltar que este fato é uma herança histórica que se reflete nos Conselhos, conforme ilustra a citação a seguir:

Muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos espaços administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialistas (uso privado da coisa pública), de cooptação da população, populistas e clientelistas. Essas características são decorrentes do autoritarismo do Estado brasileiro, da distância da sociedade civil organizada dos partidos políticos e da desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura provocada pelas alterações na forma de produção e gestão do trabalho frente às novas exigências do mercado oligopolizado (Menezes, 2012, p. 262).

A fragilidade da representação do segmento dos usuários tem como causa a “falta” de uma consciência sanitária, bem como nossa herança histórica e cultural nos percalços do exercício democrático em prol da participação popular. Arelado a isso, destaca-se o papel da mídia no fomento dos ideários capitalistas e elitistas na gestão e execução dos serviços de saúde, que podemos evidenciar na defesa da lógica privatista das fundações privadas de fins públicos na gestão do SUS, que vêm se espalhando

pelo país. Dessa forma, novos desafios vêm sendo colocados e renovados para efetivação do controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados do estudo, foram identificados diversos problemas relacionados com a pouca participação dos conselheiros nas reuniões ordinárias e extraordinárias, principalmente por parte daqueles que representam os usuários. Também há pouca participação da população usuária, tanto como representantes no CMS, como por meio de propostas e denúncias. Constatamos que os conselheiros que participaram da pesquisa não conhecem todas as competências do CMS, que se encontram dispostas em lei, bem como não têm o conhecimento de todas as suas funções e do seu papel como conselheiros. Isso ficou evidente na fala de um dos participantes ao mencionar que o trabalho de um conselheiro é voluntário por não ser remunerado. Por outro lado, na atuação dos conselheiros destacam-se os debates relevantes à saúde pública municipal, porém não há nenhum encaminhamento ou proposta, ou seja, nenhum direcionamento foi feito pelos conselheiros no sentido de solucionar problemas ou de atender demandas ou ainda pôr em prática sugestões para melhorar a política de saúde. Com relação ao significado da investigação e estudo do tema, foi de suma importância para as pesquisadoras por terem possibilitado conhecer mais sobre as ações do CMS, assim como a relevância de suas ações para o fortalecimento da política de saúde. Ainda existem poucos estudos a respeito do tema e por ser um assunto que tem muito a ser explorado, faz-se necessário maior aprofundamento na temática, mudando somente o direcionamento do estudo. Acreditamos que o estudo terá grande valia para os atuais e futuros conselheiros de saúde. Poderá servir de inspiração para refletir melhor sobre suas ações enquanto agentes controladores da política de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, S. M. C. Conselhos de Saúde: espaço para controle social e o exercício da cidadania. In: *Ser Social* nº 1: Revista de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Política Social – Saúde. Brasília: UNB, 1998.
- BARROS, M. E. D. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1998.
- BRASIL. M. S. *Lei n. 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 de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2009.
- BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: *Ser Social: Revista de Pós-Graduação em Política Social*, Brasília: UNB, Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, Política Social – Saúde, n. 10, jan./jun. 2002.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase; Ibam, 1995.
- CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTTA, A. E. (Org.). *Serviço social e saúde*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- COUTINHO, C. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Abrasco, 2011.
- _____. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- FALEIROS, V. *Estratégias em serviço social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- GALLO, E.; NASCIMENTO, P. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Abrasco, 2011.
- MACHADO, F. A. A participação social em saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2007.
- MENEZES, J. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexão sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M.; MENEZES, J. (Orgs.). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.
- RÊGO, A. *A difícil institucionalização de gestões participativas: os conselhos municipais de saúde*. Dissertação (Mestrado) – UFRN, 2002.
- SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M.; MENEZES, J. (Orgs.). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.
- TEIXEIRA, S. M. F. *Participação popular: Uma prioridade a ser pensada*. In: *Tema/Radis*, Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 1, 1988.

Recebido em: 23/11/2014

Aceito em: 4/5/2015