

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: UM OLHAR SOBRE O CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

ANA CARLA ANDRADE VIEIRA

Porto Alegre, maio de 2017.

ANA CARLA ANDRADE VIEIRA

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: UM OLHAR SOBRE O CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr. Aragon
Érico Dasso Júnior

Porto Alegre, maio de 2017

Participação e Controle Social: Um olhar sobre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre*

Ana Carla Andrade Vieira**

Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior (Orientador)***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Saúde: Direito Fundamental e Serviço Público; 3. SUS: Uma descrição Histórica a partir da Constituição; 4. Participação e Controle Social: estamos tratando dos mesmos conceitos?; 5. A “participação” da Comunidade no SUS; 6. Conselho de Saúde: Análise do Arranjo Institucional; 7. Considerações Finais; Referências.

RESUMO

O presente artigo tem como escopo realizar uma análise da participação e do controle social na área da saúde no Brasil. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a temática central, tendo como ponto fundamental a utilização do espaço do Conselho Municipal de Saúde como instrumento de democratização da gestão da saúde em nível municipal, o papel dos conselheiros enquanto representantes dos interesses da população e uma breve análise do perfil de representação no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Palavras-chave: Participação e Controle Social, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

* Artigo apresentado para conclusão do curso de graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

** Aluna do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*** Professor adjunto de Administração Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Líder do Grupo de Pesquisa em Estado, Democracia e Administração Pública (GEDAP). Possui graduação em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1993), graduação em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993), mestrado em Direito Internacional pela Universidad Nacional de La Plata (1999), mestrado em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2000) e doutorado em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006). Foi coordenador e professor do Curso de Gestão Pública da UERGS (2008-2011) e pesquisador sênior do IPEA (2011-2013).

ABSTRACT

The purpose of this article is to perform an analysis of the participation and social control in the health area in Brazil. For this, a literature review on the subject was carried out, having as fundamental point the use of the Municipal Health Council as an instrument of democratization of health management in Municipal level, the role of the councilors as representatives of the population interests and a brief analysis of the representative profile at the Municipal Health Council of Porto Alegre.

Keywords: Participation and Social Control, Municipal Health Council of Porto Alegre.

1 INTRODUÇÃO

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) está assegurada na legislação brasileira, após incansável luta dos movimentos sociais pelo estabelecimento da saúde como direito, e da garantia da participação dos movimentos da sociedade civil organizada no planejamento das políticas públicas de saúde. É neste momento que surge no Brasil o conceito de controle social, o qual muitas vezes é confundido com participação social. É importante abordar as diferenças conceituais destas duas expressões para entender como se dá a participação e o controle social do SUS, que será abordado neste artigo a partir da análise do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA).

Para discutir melhor a participação social no Brasil, é importante conhecer os movimentos sociais que precederam a Constituição Federal e 1988 (CF88) e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a vigência da lei nº 8080 de 1990, conhecida como “Lei Orgânica do SUS”, os quais serão discutidos a seguir.

2 SAÚDE: DIREITO FUNDAMENTAL E SERVIÇO PÚBLICO

O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. A partir desta concepção, a saúde passa a ser considerada como direito da pessoa humana, representando desta forma um conjunto de necessidades inerentes ao ser humano consideradas fundamentais para ser garantido.

O direito à saúde evidencia-se dentre os direitos sociais fundamentais pressupostos na Constituição Federal de 1988. O Artigo 196 caracteriza a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo este assegurado mediante políticas econômicas e sociais que garantam à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Desta maneira, atribui-se ao Estado a incumbência da constituição de serviços essenciais à saúde da população.

A partir disto, foi necessário constituir princípios e diretrizes para o funcionamento do sistema de saúde no Brasil, estabelecendo, desta forma uma organização do Estado para possibilitar a promoção deste direito aos cidadãos.

3 SUS: UMA DESCRIÇÃO HISTÓRICA A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO

A instituição da Constituição Federal em 1988 (CF88) assegurou a saúde enquanto direito social, após intensos debates originados nos movimentos de reforma sanitária que tomaram conta do país entre as décadas de 1970 e 1980. Será descrito a partir deste item a criação do Sistema Único de Saúde a datar do início da década de 1970 até meados da década de 1990.

3.1 ORIGEM NO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

No final da década de 1970, ocorre um agravamento da crise no modelo previdenciário de assistência à saúde brasileira, favorecida pelo alto custo da assistência, menor arrecadação financeira e desvios de recursos (AGUIAR,

2011). Com isso, há um aumento na insatisfação da população com a morosidade com que o governo lidava com os problemas sociais e de saúde, o que impulsiona o surgimento dos movimentos sociais, que passam a reivindicar a melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Posteriormente, na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, foram debatidas as dificuldades enfrentadas pelo setor saúde. Foi apresentada a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde (Lei Nº 6.229), a qual, porém, não foi aceita pelos inúmeros empresários da saúde presentes na Conferência.

Em 1977, por meio da Lei Nº 6.439, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), órgão constituído por entidades ligadas à Previdência e Assistência Social, numa tentativa de organizar administrativamente em um único órgão todas as estruturas, que antes funcionavam separadas (LEITE, 1978). Para isso, foram criadas duas novas entidades, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), e foram extintas outras duas, o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). As funções foram centralizadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Fazem parte dessa nova estrutura organizacional criada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), portanto, o INPS, o INAMPS, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Central de Medicamentos (CEME), o IAPAS e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) (LEITE, 1978). Ao INPS, coube a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços de assistência complementares aos trabalhadores urbanos e seus dependentes, trabalhadores rurais e seus dependentes, servidores públicos federais e seus dependentes, além de concessão e manutenção de renda mensal vitalícia aos maiores de 70 anos e pessoas consideradas inválidas. Ao INAMPS, coube a prestação de assistência médica aos trabalhadores urbanos e rurais e seus respectivos dependentes, a prestação de assistência médica aos titulares de renda mensal vitalícia maiores de 70

anos ou inválidos, e a execução de programas especiais de assistência médica destinados à população carente. A LBA, criada em 1968 através do Decreto-Lei Nº 593, foi reformulada, e suas atribuições foram ampliadas para que sua prestação de serviços à população carente fosse intensificada, por meio de programas de desenvolvimento social e atendimento às pessoas em situação de carência financeira. Ao FUNABEM, coube dar continuidade ao trabalho já desenvolvido de promoção da política nacional do menor. E a CEME, também inalterada pelo SINPAS, manteve a incumbência de distribuição de medicamentos gratuitamente ou a baixo custo aos beneficiários da Previdência Social, além de atividades de incentivo à pesquisa científica na área farmacêutica (LEITE, 1978).

No ano seguinte à criação do SINPAS, ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Nesta conferência foi discutido, dentre outros assuntos, a promoção à saúde de todos os povos, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (APS) como alicerce para a promoção da saúde, e dissemina, entre outros princípios, o direito a participação da sociedade, de forma individual e coletiva, no planejamento e execução de políticas de saúde.

Entre 1976 e 1982, considerando como parâmetro as recomendações internacionais e a emergência da ampliação da cobertura dos serviços de saúde dentro do território nacional, o Ministério da Saúde propõe a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Este programa promoveu um aumento da rede ambulatorial. Porém, por ter como características ser um programa vertical e centralizado, foi duramente criticado, e considerado pouco suscetível a adaptar-se à realidade de cada Estado, bem como a possibilitar a participação da comunidade de forma concreta. Por esse motivo, foi descontinuado.

Neste mesmo período, o processo de redemocratização do país ganha força com a Lei Nº 6.683 de 1979, conhecida como Lei da Anistia, que concedeu perdão aos acusados ou condenados por crimes políticos no período de 1961 a 1979, permitindo assim o retorno dos exilados políticos (AGUIAR, 2011).

No ano seguinte, ocorre a VII Conferência Nacional de Saúde, foi debatida a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). O programa pretendia unir os recursos dos Ministérios da Saúde e Previdência Social, integrando-os com as secretarias estaduais e municipais de saúde, e tinha a proposta de ampliação da cobertura dos serviços de saúde para toda a população. Além da cobertura ampliada, a atenção primária e a participação da comunidade também eram elementos de destaque no programa. Porém, o programa encontrou forte resistência por parte dos dirigentes do INAMPS e dos empresários da saúde, os quais viam no PREV-SAÚDE muitos riscos à crescente privatização da saúde previdenciária (NARVAI, 2013), e acabou não sendo implementado.

O governo, contudo, continua sendo pressionado pelos movimentos sociais e, em 1981, sob o Decreto Nº 83.329, cria o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), integrado por representantes dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda, e representantes da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, do Ministro Extraordinário para a Desburocratização, da Confederação Nacional da Indústria, da Confederação Nacional do Comércio, da Confederação Nacional da Agricultura, da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria, da Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura e do Conselho Federal de Medicina. Dentre as competências do CONASP, estão a possibilidade de opinar sobre a organização da assistência médica e a recomendação de adoção de políticas ou modalidades de financiamento e assistência à saúde. O CONASP elaborou, em 1982, um novo plano para reorientar a assistência médica, o qual sugeria, entre outras medidas, a reorientação do modelo assistencial no âmbito da Previdência Social.

Foi então que, no ano de 1983, a partir do chamado “Plano CONASP”, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) (ACURCIO, 2009). As AIS tinham o objetivo de articular os serviços que prestavam assistência à saúde da população e integrar as ações preventivas e curativas, com vistas à integralidade da atenção (AGUIAR, 2011). A partir das AIS, foram firmados convênios

entre os Estados e os Ministérios da Saúde e da Previdência para o recebimento de recursos para a execução das ações definidas no programa, cabendo aos governos estaduais o repasse de recursos aos municípios. Este repasse foi importante para a expansão da cobertura, exigência do movimento popular de saúde (MOPS) organizado ao longo das décadas de 70 e 80.

O MOPS ganhava força e, espalhado por diversas cidades do território nacional, recebeu visibilidade e, com isso, o apoio de outros movimentos, trabalhadores da saúde, parlamentares, acadêmicos e entidades como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) ganhava forma e força.

Em 1986, ocorre em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesta, há um diferencial: a participação de representantes de diversos segmentos sociais, trabalhadores, prestadores de serviço e governo. Foi neste espaço que as propostas do MRS acerca da reformulação do sistema de saúde brasileiro foram debatidas e pactuadas para sua inserção na nova Constituição Federal, e posterior implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 A INCLUSÃO COMO DIRETRIZ DO SUS NA CF DE 1988 (ART.198, III)

Em 1987, instalou-se no Congresso Nacional, em Brasília, a Assembleia Nacional Constituinte (ANC), com o objetivo de formular uma nova Constituição Federal (CF) após a queda do regime militar, que esteve no poder por duas décadas. O trabalho da ANC iniciou-se em 1º de fevereiro de 1987, e teve seu encerramento em 2 de setembro de 1988.

A ANC aprovou a criação do SUS, afirmando assim a saúde como direito de todos e dever a ser assegurado pelo Estado. Os artigos 196 a 200 da CF discorrem acerca da saúde. O artigo 198 discorre acerca da constituição do SUS, suas diretrizes e sua forma de financiamento. Dentre as diretrizes, seu inciso III cita a participação da comunidade como uma das diretrizes organizacionais do SUS.

A inclusão da participação da comunidade como diretriz do novo sistema de saúde implementado no país é um grande avanço na luta dos movimentos sociais, em especial do MRS, no que tange à ampliação do envolvimento de membros da sociedade no planejamento das ações e programas de saúde a serem implementados pelo governo. Porém, esta participação ainda não estava completamente estabelecida, uma vez que não havia uma certeza de como deveria ocorrer, nem em quais espaços seria disponibilizada. Para isso, caberia a regulamentação do SUS, que determinaria as formas e espaços disponibilizados à população para participação.

3.3 A OMISSÃO NA LEI 8080/90 E O SURGIMENTO DA LEI 8142/90

A regulamentação do SUS veio somente em 1990, com a Lei Nº 8.080. A lei define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das funções mantidas pelo poder público”. Porém, o então presidente da república Fernando Collor de Mello, do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), cuja ideologia política era neoliberal, vetou os artigos que versavam sobre a participação popular e a transferência de recursos. Neste momento, pairou a incerteza sobre a participação da comunidade no SUS.

Entretanto, a pressão popular foi intensa e, poucos meses depois foi aprovada a Lei Nº 8.142, que versava acerca dos vetos da Lei Nº 8.080. A participação da comunidade na gestão do SUS fica então restrita às instâncias colegiadas formadas pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

Ambas as instâncias têm caráter deliberativo, contudo a dinâmica de funcionamento possui diferenças importantes.

Os Conselhos da Saúde são órgãos colegiados, constituídos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários, e têm caráter deliberativo permanente.

As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos, com a participação de diversos segmentos sociais, com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde em nível municipal, estadual e federal. Para que aconteçam, devem ser convocadas pelo Poder Executivo em caráter ordinário, ou por este ou pelo Conselho Nacional de Saúde em caráter extraordinário.

Dessa forma, a Lei Nº 8.142 complementa a Nº 8.080 e, juntas, formam a Lei Orgânica da Saúde.

4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: ESTAMOS TRATANDO DOS MESMOS CONCEITOS?

Ao abordar o tema participação e controle social é preciso, inicialmente, desmembrar os conceitos que definem cada um destes elementos.

Segundo Correia (2009), a origem da expressão controle social vem da sociologia, e é adotada para caracterizar os mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando os indivíduos a padrões sociais e princípios morais. De acordo com a mesma autora, na teoria política, porém, o significado da expressão pode tornar-se dúbio, podendo ser utilizado para denominar tanto o controle do Estado sobre a sociedade, quanto o controle da sociedade sobre as ações do Estado. O conceito de Controle Social foi instituído no Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988 (RICCI, 2009). Foi estabelecido como a participação da sociedade na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações realizadas em nível de administração pública, além do acompanhamento das políticas públicas, sendo assim considerado um instrumento de consolidação do direito à cidadania. O Controle Social é exercido, na saúde, através dos Conselhos de Saúde, espaços constituídos de forma paritária entre a sociedade civil e o Estado, os quais possuem caráter consultivo e deliberativo, e também através das Conferências de Saúde, fóruns de debate entre os diversos segmentos da sociedade, cuja finalidade

é avaliar a situação da saúde, firmar diretrizes e definir propostas para aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde.

De acordo com Bordenave (1983), participação, em seu sentido trivial, é o ato ou efeito de participar de algo, ter ou tomar parte em algo, fazer ou ser parte de algo. Ainda segundo o autor, podemos dividir a participação em duas bases complementares: uma base afetiva e uma base instrumental. Partindo do princípio que a participação ocorre porque é uma necessidade individual inerente ao ser humano, a base afetiva designa a participação pelo simples prazer de participar de algo com outras pessoas de igual interesse, enquanto a base instrumental fundamenta a participação como algo mais eficaz e eficiente quando realizada em conjunto com outras pessoas do que isoladamente. Os indivíduos que participam de algo são considerados atores políticos que buscam objetivar interesses do movimento do qual fazem parte.

Segundo Bulla e Leal (2006, apud Diegues, 2013), as lutas, movimentos e mobilizações sociais, têm sido determinantes para a ampliação dos espaços de participação democrática consagrados na Constituição de 1988, que reconheceu e ampliou os direitos sociais, principalmente ao instituir espaços de formulação, gestão e controle das políticas sociais, viabilizado por meio de organizações representativas nos conselhos deliberativos.

Podemos afirmar, portanto, que o controle social é uma participação democrática da sociedade civil organizada, estabelecida e garantida constitucionalmente.

5 A "PARTICIPAÇÃO" DA COMUNIDADE NO SUS

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM et al, 2013). No Brasil, o controle social se refere à participação da

comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES apud ROLIM, 2013).

A área da saúde, em contraste com outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação (CÔRTEZ, 2009). Neste sentido, os movimentos sociais organizaram-se em defesa da ampliação da oferta de serviços de saúde à população que não estava favorecida pelos serviços públicos existentes, através de intensos debates e conflitos junto ao poder público, e garantiu, além da ampliação da oferta, a participação da comunidade na gestão da saúde, através de canais específicos de participação, os chamados espaços de controle social do SUS.

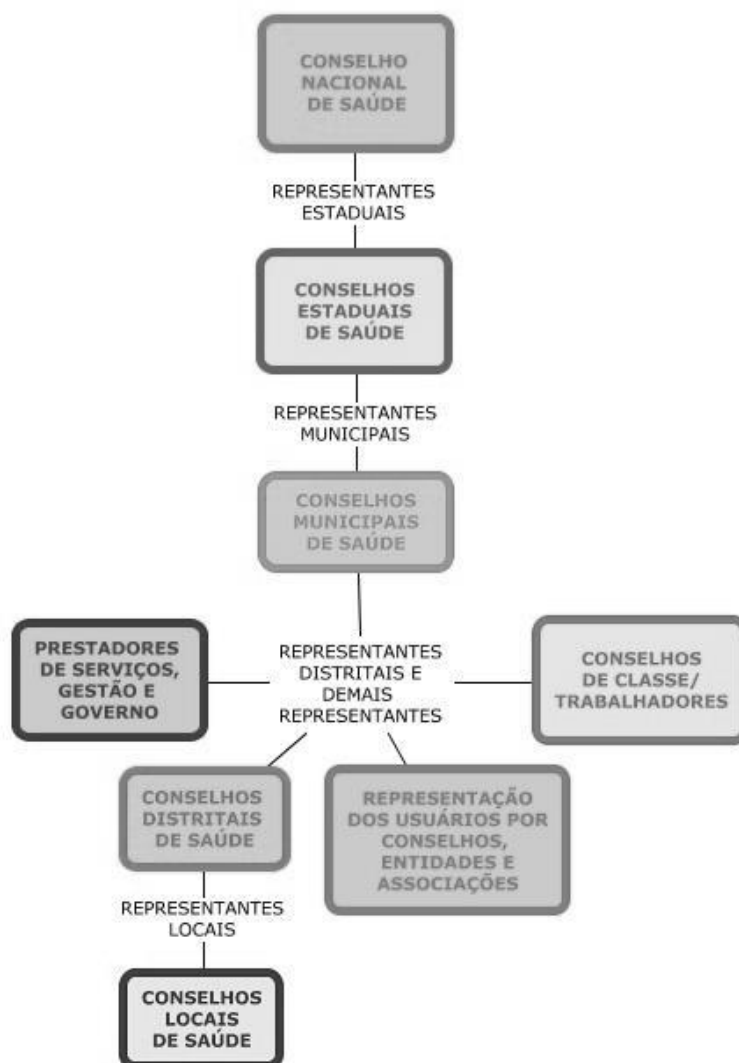
A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação social no SUS, estabelecendo que a participação social deva estar incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Os principais espaços de controle social do SUS, atualmente, são os Conselhos e Conferências de Saúde.

6 CONSELHO DE SAÚDE: ANÁLISE DO ARRANJO INSTITUCIONAL

Os espaços de Controle Social se multiplicam para ampliar a participação democrática da população, a chamada “democracia participativa”. Nos dias atuais, além dos Conselhos e Conferências de Saúde, existem as ouvidorias, audiências, consultas públicas, orçamento participativo, dentre outros espaços que conferem à população o poder de participação e deliberação sobre os mais diversos assuntos de interesse público.

No entanto, a legislação atual da saúde, os espaços destinados à participação da comunidade estão restritos aos Conselhos e Conferências. Os Conselhos, como disposto anteriormente, têm caráter permanente e as deliberações ocorrem em nível municipal, estadual e federal. Ainda, em nível municipal, podem ocorrer deliberações em nível local e distrital. É possível visualizar a representação nos Conselhos na figura a seguir.

Figura 1. Representação dos Conselhos de Saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

A participação da comunidade nestes espaços tem importância crucial para o desenvolvimento e estabelecimento de ações e programas de saúde que visem garantir à população o que é realmente necessário, dadas as deliberações realizadas nestes espaços, tendo em vista que os usuários do sistema têm a garantia de participação de forma paritária, afim de estabelecer uma igualdade na representação, uma vez que os usuários do sistema são maioria e representam os interesses da população assistida por ele.

6.1 OS CONSELHOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Muito antes da Lei Nº 8.142 de 1990 estabelecer a participação social na gestão do SUS, no município de Porto Alegre o movimento popular da saúde estava articulado e funcionando desde a década de 70. Anteriormente à instituição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), houve a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), no ano de 1984, com o objetivo de implantar e executar as Ações Integradas em Saúde (AIS). O Plano das Ações Integradas em Saúde estabelecia a integração dos serviços públicos de saúde, a descentralização da assistência médica, e o acesso ao sistema de saúde através de uma rede de serviços básicos. Determinava a regionalização do sistema de saúde, e o gerenciamento através de órgãos colegiados interinstitucionais, que deveriam garantir a participação da comunidade usuária dos serviços em sua composição (COSTA, 1986). Somente no ano de 1992, com a promulgação da Lei Complementar Municipal Nº 277, instituiu-se o CMS/POA, regulando as competências deste órgão colegiado, e definindo suas atribuições e composição.

O município de Porto Alegre está dividido em distritos sanitários (DS). São, ao todo, 17 DS, os quais formam as Gerências Distritais (GD), estas distribuídas em oito regiões de saúde (RS): Região Centro, Região Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Região Norte/Eixo Baltazar, Região Leste/Nordeste, Região Glória/Cruzeiro/Cristal, Região Sul/Centro-Sul, Região Parthenon/Lomba do Pinheiro e Região Restinga/Extremo Sul. Cada Região de Saúde possui um Conselho Distrital de Saúde (CDS), com regimento próprio, cuja representação se dá de forma paritária, tal qual define a legislação. A participação social nestes espaços é definida a partir de eleições realizadas pelos Conselhos Locais de Saúde (CLS), que funcionam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município. Destes participantes, são eleitos aqueles que terão representação no CMS/POA. A divisão territorial dos DS e GD pode ser visualizada na figura a seguir.

Figura 2. Divisão territorial do Município de Porto Alegre de acordo com Distrito Sanitário e Gerência Distrital.



Fonte: Modificado de <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=920>

O CMS/POA é um órgão colegiado, cuja função é deliberar acerca das ações e serviços de saúde do município, fiscalizando e avaliando constantemente a atuação dos prestadores de serviços e do governo em todas as instâncias do SUS, contribuindo assim para a consolidação das ações de saúde com a participação efetiva de membros da comunidade usuária dos serviços, garantindo, dessa maneira, que as necessidades de saúde da população sejam reconhecidas e, assim, seja assegurada a melhoria das ações e serviços de saúde.

Além das leis federal e municipal que discorrem acerca da participação social e competência do CMS/POA, respectivamente, as competências dos Conselhos de Saúde foram delineadas e amplificadas por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a finalidade de assegurar o direito representativo dos usuários neste espaço e fomentar o exercício dos Conselhos. A Resolução Nº 33/92 do CNS estabeleceu a definição dos Conselhos de Saúde, sua composição, estrutura e competências. Em 2003, a Resolução Nº 333 revoga a Resolução Nº 33 e delinea com maior detalhamento o que foi estabelecido na mesma, ampliando e fortalecendo a representatividade dos usuários nos Conselhos. Além disso, a Resolução Nº 333 estabelece que a autonomia dos Conselhos deva ser garantida nas três esferas governamentais.

O Regimento Interno do CMS/POA cumpre as diretrizes da Resolução Nº 333 do CNS, além das Leis Nº 8.142/90 e Nº277/92 no que versa a respeito da paridade na representação. A estrutura do CMS/POA é organizada de maneira a assegurar o trabalho dos conselheiros, sendo composto de Plenário, Núcleo de Coordenação, Secretaria Executiva, Secretaria Técnica, Assessoria de Planejamento, Assessorias Especiais, Comissões Executivas (Fiscalização, Comunicação e Informação, e Educação Permanente), Comissões Temáticas, Conselhos Distritais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde e, por fim, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas.

O Plenário do CMS/POA é a instância máxima de deliberação, constituído por representantes nominados respeitando os órgãos e entidades com representação legitimada no artigo 4º da Lei Nº 277/92. Ao todo, 48 entidades, entre representações do governo, prestadores de serviço, categorias profissionais, organizações não governamentais, além dos conselhos distritais de saúde, fazem parte destas nomeações. Neste espaço são realizados os debates, análises, apreciações e deliberações sobre toda e qualquer assunto relativo à saúde e ao funcionamento do CMS/POA, além de proposições, apreciações e aprovações de novas resoluções. São informados fatos, eventos, denúncias e outros assuntos referentes à saúde de interesse dos membros do plenário. Os membros também podem propor temas e contribuir na elaboração das pautas, além da possibilidade de participar de qualquer uma das comissões do CMS/POA. As reuniões do Plenário ocorrem de forma ordinária no mínimo du-

as vezes ao mês, com calendário pré-estabelecido no ano anterior, e de forma extraordinária quando houver a necessidade, sem recesso durante o ano. É neste espaço que ocorrem os debates e decisões mais importantes para os rumos da saúde no município. Por isso, é importante que a participação dos conselheiros seja não somente afetiva, mas instrumental, a fim de fundamentar as tomadas de decisão definidas neste pleito. E, devido ao caráter amplo que a saúde tem em relação aos usuários devido às diferenças encontradas nas diferentes regiões de saúde do município, a participação destes é indispensável para que a deliberação alcance a todos os usuários do SUS em suas necessidades de saúde. Para que isso seja possível, a paridade na representação no CMS/POA é fundamental, e a composição do Plenário está explicada nos quadros a seguir.

Quadro 1. Representação dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ÓRGÃO REPRESENTADO	NÚMERO DE REPRESENTANTES
Associação Comercial de Porto Alegre (inciso XX)	1
Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Porto Alegre – APAE (inciso XXII)	1
Associação dos Docentes da UFRGS (inciso XLIV)	1
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural – AGAPAN (inciso XXI)	1
Associação Gaúcha de Diabéticos (inciso XLIX – Inciso promulgado pela LC 287/93)	1
Associação Gaúcha dos Deficientes Renais (inciso XXIV)	1
Central Única dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul (inciso XV)	1
Centro dos Hemofílicos do Rio Grande do Sul CHERGS (inciso XXIII)	1
Confederação Geral dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul (inciso XVI)	1
Conselho Nacional de Igrejas Cristãs – CONIC (inciso XXV)	1
Entidades da Categoria dos Trabalhadores Rurais de Porto Alegre (inciso XLIII)	1
Entidades de Proteção de Defesa do Consumidor (inciso XXVIII)	1
Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul (inciso XIX)	1
Força Sindical no Rio Grande do Sul (inciso XVII)	1
Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS – GAPA (inciso XXIV)	1
Representantes dos Conselhos Distritais de Saúde (inciso XLV)	26
Sindicato dos Municipários – SIMPA (inciso XXVI)	1
Sindicato dos Servidores da Câmara Municipal de Porto Alegre – SINDICÂMARA (inciso XXVII)	1
União das Associações de Moradores de Porto Alegre – UAMPA (inciso XVIII)	1
TOTAL	44

Fonte: Lei Complementar N° 277/92 do Município de Porto Alegre.

Quadro 2. Representação dos Trabalhadores em Saúde no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ÓRGÃO REPRESENTADO	NÚMERO DE REPRESENTANTES
Associação dos servidores da SMS (inciso XL)	1
Centro dos servidores da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (inciso XLI)	1
Entidades da Categoria dos Assistentes Sociais do Rio Grande do Sul (inciso XXXVIII)	1
Entidades da Categoria dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (inciso VII)	1
Entidades da Categoria dos Farmacêuticos e Bioquímicos do Rio Grande do Sul (inciso XXXV)	1
Entidades da Categoria dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul (inciso XXXIX)	1
Entidades da Categoria dos Médicos do Rio Grande do Sul (inciso VI)	1
Entidades da Categoria dos Médicos do Rio Grande do Sul – AMRIGS (inciso XXXIV – inciso promulgado pela Câmara em 26/06/92)	1
Entidades da Categoria dos Nutricionistas do Rio Grande do Sul (inciso XXXVI)	1
Entidades da Categoria dos Odontologistas do Rio Grande do Sul (inciso VIII)	1
Entidades da Categoria dos Previdenciários do Rio Grande do Sul (inciso XLII)	1
Entidades da Categoria dos Psicólogos do Rio Grande do Sul (inciso IX)	1
Entidades da Categoria dos Veterinários do Rio Grande do Sul (inciso XXXVII)	1
Federação dos Empregados em Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul (inciso X)	1
Representantes dos Trabalhadores dos Conselhos Distritais de Saúde (inciso XLVIII)	13
TOTAL	27

Fonte: Lei Complementar Nº 277/92 do Município de Porto Alegre.

Quadro 3. Representação dos Prestadores de Serviços em Saúde no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ÓRGÃO REPRESENTADO	NÚMERO DE REPRESENTANTES
Associação dos Hospitais do Estado do Rio Grande do Sul (inciso XI)	1
Federação das Associações de Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul (inciso XLVI)	1
Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul (inciso XIII)	1
Hospitais Universitários e de Ensino de Porto Alegre (inciso XLVII) Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Porto Alegre (inciso XIV)	1
Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Porto Alegre (inciso XIV) Grande do Sul (inciso XII)	1
Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas do Rio Grande do Sul (inciso XII)	1
TOTAL	6

Fonte: Lei Complementar Nº 277/92 do Município de Porto Alegre.

Quadro 4. Representação dos Gestores em Saúde/Governo no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ÓRGÃO REPRESENTADO	NÚMERO DE REPRESENTANTES
1.ª Delegacia Regional de Saúde, da Secretaria da Saúde e do meio Ambiente (inciso IV)	1
Departamento Municipal de Água e Esgotos (inciso V)	1
Fundação Estadual do Bem Estar do Menor – FEBEM (inciso XXXIII)	1
Ministério da Educação (inciso XXXI)	1
Ministério da Saúde (inciso XXX)	1
Ministério do Trabalho (inciso XXXII)	1
Secretaria Municipal de Saúde (inciso I – Instituído 2 representantes pela LC 660/2010)	2
Secretaria Municipal do Meio Ambiente (inciso III)	1
TOTAL	9

Fonte: Lei Complementar Nº 277/92 do Município de Porto Alegre.

O Núcleo de Coordenação é composto por membros titulares ou suplentes do Plenário, contemplando a paridade da composição do CMS/POA, isto é, dos oito membros, quatro representam o segmento dos usuários, dois representam o segmento dos trabalhadores em saúde, um representante dos prestadores de serviço e um representante do governo gestor municipal. Além de coordenar as atividades do Plenário, compete ao Núcleo organizar a pauta e registrar as reuniões em atas, executar e encaminhar as deliberações do Plenário para a Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria Executiva tem atribuição administrativa. Sua função é coordenar e executar as atividades administrativas do CMS/POA.

A Secretaria Técnica (SETEC) é formada por membros indicados por entidades ou Conselhos Distritais que compõem o CMS/POA, garantindo a paridade da constituição com o segmento usuários. Trata-se de uma estrutura organizada para realizar avaliações técnicas de documentos encaminhados para apreciação do CMS/POA, formulando pareceres que auxiliem o Plenário durante o debate e a votação.

A Assessoria de Planejamento (ASSEPLAN) é o órgão responsável por prestar assessoria técnica às instâncias do CMS/POA.

As Assessorias Especiais têm função de assessoramento técnico nas áreas jurídica, contábil, de comunicação social e informática, exercidas por funcionários da SMS ou através de parcerias com Universidades.

As Comissões Executivas (Fiscalização, Comunicação e Informação, e Educação Permanente) tem mandato de dois anos, concomitante ao Núcleo de Coordenação. A Comissão de Fiscalização controla, avalia e fiscaliza os serviços de saúde. A Comissão de Comunicação e Informação atua principalmente na divulgação das ações do CMS/POA, através da elaboração de material informativo, e organizar eventos do CMS/POA. A Comissão de Educação Permanente desenvolve junto aos conselheiros atividades de educação permanente, a fim de qualificar e fortalecer o Controle Social no SUS.

As Comissões Temáticas são constituídas através de deliberação do Plenário, quando este achar conveniente sua constituição para o debate da política de saúde do município.

O Conselho Distrital de Saúde (CDS) é a instância descentralizada e regionalizada do CMS, com finalidade de discutir entre os conselheiros do distrito temas que envolvam planejamento, fiscalização e avaliação do SUS na área de abrangência do CDS. Atualmente no município os Conselhos Distritais de Saúde estão divididos em oito regiões de saúde, conforme descrito anteriormente, e são compostos por Plenário Distrital e Núcleo de Coordenação Distrital.

O Conselho Local de Saúde (CLS) é a instância deliberativa de participação da comunidade na gestão do SUS na área de abrangência de cada unidade de saúde, composto por Plenário Local e Núcleo de Coordenação Local.

Os Conselhos Gestores atuam junto a hospitais, ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e aos serviços públicos de urgência e emergência do município de Porto Alegre. O objetivo destes conselhos é garantir o cumprimento dos termos dos contratos e/ou convênios firmados junto ao município a fim de garantir o funcionamento irrestrito dos serviços prestados.

As Câmaras Técnicas são instâncias descentralizadas do CMS que atuam junto a hospitais privados que prestam serviços ao município através do SUS. O objetivo é garantir que estes hospitais atuem em conformidade com os princípios do SUS, bem como com o planejamento de saúde do município.

6.2 UM EXAME DO PERFIL DE REPRESENTAÇÃO NO CMS/POA

O Conselho de Saúde é uma das instâncias colegiadas de participação da comunidade usuária do SUS na gestão do mesmo. Possui em sua composição representantes de diferentes segmentos, cuja representação se dá de forma paritária, a fim de que os usuários dos serviços sejam maioria e, dessa forma, possam ser ouvidos diante de suas necessidades de saúde, das necessidades da comunidade onde vivem, das pessoas com as quais convivem, ou seja, da realidade do sistema vista “de fora” do sistema.

A representação no CMS/POA, como colocado anteriormente, está estabelecido na Lei Complementar Nº 277/92. São diversas entidades com representação no segmento usuários, somando, ao todo, 44 representantes no segmento. Destes, 26 são indicados pelos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), aproximadamente 60% do total de indicações. As indicações dos CDS são realizadas através de eleições que ocorrem a cada dois anos, e todo CDS possui regimento próprio, o qual deve ser aprovado em Plenário pelos representantes do CMS/POA, e deverá estar adequado às regras estabelecidas no Regimento Interno do CMS/POA. As demais entidades, porém, não precisam apresentar regimento nem realizar eleição para representação no CMS/POA, sendo necessária apenas a apresentação da indicação dos representantes (titular e suplente) através de documento escrito, sem necessidade de deliberação e aprovação no Plenário.

O processo participativo no CMS se dá de diversas formas, mas o espaço principal é o Plenário. É neste espaço que são realizadas as discussões consideradas mais importantes, o que o torna um dos fóruns participativos da saúde mais importantes do município. Alguns atores se envolvem em outros

espaços disponibilizados pelo CMS, como as diversas Comissões, ou outros fóruns expressivos para a saúde, como o “Fórum Em Defesa do SUS”, mas o Plenário tem significativa relevância para o poder decisório exercido pelos membros do CMS.

No que se refere à Conferência Municipal de Saúde, sua realização se dá a cada 02 (dois) anos, sendo organizada e amplamente divulgada pelo CMS/POA. Tem por finalidade realizar um debate analítico e avaliativo acerca das políticas de saúde do município, assim como propor diretrizes para novas políticas a partir de prioridades enumeradas pelos participantes do debate, os quais devem representar gestores do governo, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde do município.

Apesar de a legislação prever a participação da comunidade na gestão do SUS (Lei Nº 8.080/90), este espaço não garante que as decisões tomadas pelos membros do conselho, durante o Plenário, através de votação, serão executadas pelo Governo em questão. Desta forma, é possível analisar a participação neste espaço como meramente deliberativa e consultiva, não estando garantida a apreciação da discussão como definitiva para a execução das políticas de saúde no município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social é uma ferramenta fundamental para a participação social na administração pública, criada com a finalidade de transformar representantes da sociedade em atores na gestão, com o intuito de orientar as ações do Estado e a aplicação dos recursos de acordo com os interesses da sociedade. Trata-se, portanto, de um dos fundamentos da reformulação do sistema de saúde na Brasil.

A organização do controle social na saúde, através dos Conselhos de Saúde, auxilia na interlocução dos setores organizados da sociedade e seus representantes com a gestão pública desta esfera, norteando as ações do Estado, conforme as necessidades expostas pelos conselheiros durante as reuniões, bem como nas Conferências de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem um papel fundamental no controle social neste âmbito. Com representação de diversos segmentos da sociedade civil, tem potencial para atuar na formulação de políticas públicas de interesse da comunidade, e acompanhar a execução destas políticas e a alocação dos recursos a fim de que respeitem os interesses da população.

É importante fortalecer espaços de controle social em todas as esferas de governo, para que a sociedade tenha representação dos seus interesses junto ao Estado, reivindicando melhorias e garantindo intervenções e investimentos de acordo com as carências da população nos diferentes setores da administração pública.

REFERÊNCIAS

COSTA, Ester de Souza. **Ações Integradas em Saúde, reforma sanitária e poder: reflexões sobre documentos oficiais**. São Paulo, 1986. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas, 1986.

LEITE, Celso Barroso. **SINPAS: a nova estrutura da previdência social brasileira**. Revista de Informação Legislativa, v.15, nº 57, jan./mar. Brasília, 1978.

DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE. Ano XVI, Edição 3988, 07 de abril de 2011.

JORGE, Marjore Serena. VENTURA, Carla Arena. **Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa**. Textos & Contextos, v.11, nº 1, p. 106 - 115, jan./jul. Porto Alegre, 2012.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008\[1\].pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008[1].pdf)>. Acesso em: 05/11/2014.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. **Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas**. Educar, Curitiba, nº 25, p. 143-174. Editora UFPR, 2005.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas, org. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **DECRETO Nº 17.131, de 1º de julho de 2011**. Disponível em: <http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/263_ce_18977_2.pdf>. Acesso em 12/11/2014.

PIMENTA, Aparecia Linhares. **O SUS e a municipalização da saúde à luz da experiência concreta**. Saúde e Sociedade, vol.2, nº 1, p.25-40, 1993. ISSN 0104-1290

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010**. Brasília, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Lei Complementar Nº 277, de 20 de maio de 1992**. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/lei_complementar_277_de_20-05-1992_com_alteracoes.pdf>. Acesso em: 12/11/2014. <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/netahtml/sirel/atos/LC%20277>>. Acesso em: 26/10/2014.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

ALVAREZ, Marcos César. **Controle social: notas em torno de uma noção polêmica**. São Paulo em Perspectiva, 18(1): 168- 176, 2004.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Controle Social**. Verbete In: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

RICCI, Rudá. **Controle social: um conceito e muitas confusões**. REVISTA ESPAÇO ACADÊMICO, nº 98, Julho de 2009, Ano IX, ISSN 1519-6186.

DIEGUES, Geraldo Cesar. **O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais**. Revista NAU Social - v.4, n.6, p. 82-93 Maio/Out 2013.

BACKES, Dirce Stein et al. **O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 903-910, 2009.

TEIXEIRA, Maria Lucia et al. **Participação em saúde: do que estamos falando?** Sociologias, Porto Alegre, 11 (21): 218 – 251, jan./jun. 2009

COELHO, Márcia Oliveira et al. **Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família.** Rev. APS, 12 (4): 448 – 458, out./dez. 2009

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3): 795 – 805, 2009

VÁZQUEZ, María Luisa et. al. **Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (2): 579 – 591, mar./abr. 2003

BRASIL. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

SILVA, Claudio Valdino et. al. **A Participação da Sociedade Civil na Democratização do Setor Saúde no Brasil.** Revista Brasileira de Educação Médica, 37 (2): 254 – 259. 2013

AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde - breve história da política de saúde no Brasil.** In: SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

NARVAI, Paulo Capel. **Prevsáude: tragédia e farsa.** Artigo publicado em <<http://cebes.com.br/2013/12/prevsau-de-tragedia-e-farsa/>>. Acessado em: 02/10/2014.

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.** In: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC. Capacitação e atualização para o SUS. 2 ed. Porto Alegre: CIES, outubro de 2009.