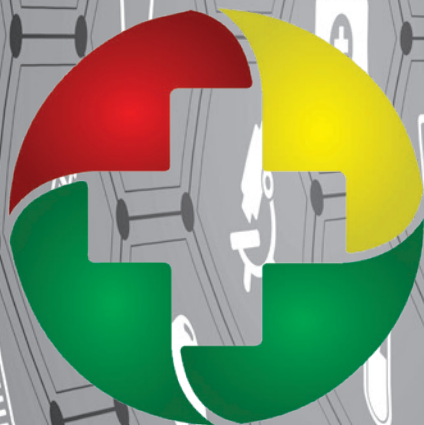


GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 3)



Ronaldo Bordin
Paulo R. Z. Abdala
Organizadores

Ronaldo Bordin
Paulo R. Z. Abdala
Organizadores

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 3)

© 2020, DOS AUTORES

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PNAP/2017-2019

COORDENADOR

Ronaldo Bordin

VICE-COORDENADOR

Guilherme Dornelas Camara

CORPO DOCENTE: DISCIPLINAS

Aragon Erico Dasso Júnior
Clézio Saldanha dos Santos
Diogo Joel Demarco
Fernando Dias Lopes
Jacqueline Oliveira Silva
Maria Ceci Araújo Misoczky
Paul Douglas Fisher
Paulo Antônio Barros Oliveira
Rafael Kunter Flores
Roger dos Santos Rosa
Sueli Maria Goulart da Silva

CORPO DOCENTE: ORIENTAÇÃO

Andrea Gonçalves Bandeira
Aragon Erico Dasso Júnior
Clézio Saldanha dos Santos
Cristina Arthmar Mentz Albrecht
Fernando Dias Lopes
Guilherme Dornelas Camara
Jacqueline Oliveira Silva
Paul Douglas Fisher
Paulo Antônio Barros Oliveira
Rafael Kunter Flores
Roger dos Santos Rosa

COORDENADORA DE TUTORIA

Jaqueline Silinske

TUTORES DE DISCIPLINAS

Ailim Schwambach
Aline Basso da Silva
Bruna Hentges
Giuliano Uhlein Balardin
Márcio de Almeida Malavolta
Maria Alice Gabiatti Alessio
Maria Cristina dos Santos Baumgarten
Priscila Farfan Barroso

TUTORES DE ORIENTAÇÃO A DISTÂNCIA

Bruno Silva Kauss
Bruna Campos De Cesaro
Camila Guaranha
Juliane Meira Winckler
Rita de Cassia Nagem

ORGANIZADORES

Ronaldo Bordin

Docente e pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Medicina Social e nos Programas de Pós-Graduação em Administração (PPGA), área de Estudos Organizacionais, e Saúde Coletiva, área de Administração e Planejamento em Saúde. Coordenador do Curso de Especialização em Gestão em Saúde (EAD). Doutor em Administração, Mestre em Educação e Graduado em Medicina pela UFRGS. Coordenador do Grupo de Pesquisa de Gestão em Saúde, com seguintes temas de interesse de pesquisa: administração e planejamento em saúde, administração pública, estudos organizacionais, política de saúde, saúde coletiva e epidemiologia de serviços.

Paulo Ricardo Zilio Abdala

Docente e pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Ciências Administrativas e no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), na área de Estudos Organizacionais. Coordenador do Curso de Especialização em Administração Pública no Século 21 (EAD); Chefe do Departamento de Ciências Administrativas da UFRGS; e avaliador do INEP/MEC. Doutor, Mestre e Bacharel em Administração pela UFRGS e especialista em Comunicação com o Mercado na ESPM-RS. Membro do Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora, com os seguintes temas de interesses de pesquisa: crítica a economia política das organizações e do consumo, pensamento social brasileiro e latino-americano, estudos críticos do desenvolvimento, movimentos sociais e administração pública.

ANÁLISE DE REPRESENTATIVIDADE E INTERESSES NA COMPOSIÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

MAITÍCIA FERNANDA NOLL
BRUNO KAUSS
GUILHERME DORNELAS CAMARA

INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e observando a Constituição Federal com relação à participação da comunidade na gestão da saúde, foi criada a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que discorre sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990a; 1990b). Esta lei prevê, em seu artigo 2º, a participação da comunidade na gestão do SUS através dos Conselhos de Saúde (CS), órgãos colegiados compostos por representantes do governo, de profissionais da saúde, de prestadores de serviços de saúde do SUS e de usuários. A Lei caracteriza, ainda, as competências dos CS como atuantes na formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos. Com base no disposto, fica evidente a função e importância dos CS na gestão do SUS.

Cotta, Cazal e Martins (2010) apontam que a participação social passou a ser um dos princípios do SUS, criando novos canais de participação nas três esferas governamentais, sendo os CS os principais órgãos do controle social. Côrtes (2009) cita que a instalação do SUS se deu em um momento tumultuado, quando governo, sociedade e mercado disputavam espaço nas discussões sobre a política de saúde nacional.

Conforme a Resolução 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) os CS devem ser compostos por 50% de representantes do segmento de usuários, 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012). A representatividade superior por parte do segmento dos usuários com relação aos demais seg-

mentos pode ser para proporcionar maior participação da comunidade nas tomadas de decisão, tendo em vista que é neste espaço que são tomadas decisões e pensadas estratégias de saúde para toda a sociedade.

Lopes, Silva e Martins (2016) afirmam que os CS compartilham com os governos os poderes de decisão e possuem autonomia em todas as instâncias para exercer esta atribuição de gestão compartilhada do SUS. Correia (2000) afirma que a proposta do controle social fundamentou uma participação importante no setor da saúde, considerando que a sociedade desta forma pôde interferir na gestão do que é público, tanto com relação a ações em saúde planejadas e executadas, como também controlando e orientando os gastos para benefício da coletividade. A participação da sociedade na gestão possibilitou que um novo olhar fosse dado ao que é de todos, tornando assim mais transparente o que é aplicado com o dinheiro que é do coletivo.

O controle social pode ser caracterizado como o controle da sociedade sobre as políticas de saúde. Nesse sentido, a participação da sociedade foi ampliada, qualificada e democratizada, passando então a ser entendida como controle social. Em tese, com o fortalecimento dos CS a sociedade passara a participar da gestão da saúde, exercendo o controle social, formulando as políticas públicas de saúde, fiscalizando as ações do governo e analisando a utilização dos recursos financeiros destinados à saúde. Desde 1990, cada município passou a constituir seu Conselho Municipal de Saúde (CMS) para efetivar o controle no SUS (BRASIL, 2013a; 2013b).

Para que se realize a construção democrática do SUS, deve-se garantir o direito de participação de todos os segmentos nele envolvidos: representantes de instituições, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde. Essa participação se caracteriza por definir e atuar decisivamente na tomada de decisão sobre as políticas que lhes competem, bem como fiscalizar as ações e serviços de saúde prestados (LANDERDHAL et al., 2010).

O direito à participação nas tomadas de decisão é a capacidade que a comunidade tem de participar da gestão pública, propondo ações ao governo que vão ao encontro dos interesses da comunidade. A participação nos CS deveria possibilitar que a comunidade fiscalize as ações realizadas pelo governo no que tange a elaboração, controle e fiscalização das políticas públicas de saúde. Entretanto, se não há nenhuma deliberação que parta do

próprio CS, isso é indício de que este espaço talvez seja utilizado por alguns de seus atores, como gestor ou prestadores de serviços, para aprovar as propostas apresentadas pelos mesmos – o que contraria sua competência de formular e propor estratégias. Neste caso, mesmo funcionando regularmente não há garantia de que o mesmo seja efetivo, englobando a participação ativa de seus participantes (LANDERDHAL et al., 2010).

Wendhausen e Caponi (2002) referem que existe uma relação assimétrica entre conselheiros usuários e demais representantes, denunciado um silenciamento estratégico, utilizado principalmente pelo segmento governamental, como forma de reforçar o seu poder. Colocando desta forma a verdade da representação dos usuários como pouco respeitada ou algumas vezes nula, propiciando assim um espaço demarcado pelo que pode ou deve ser dito. Os autores observa ainda que se criou um ambiente em que não é permitida a existência de um diálogo, ponto fundamental e presente na democracia.

Em estudo realizado por Cotta, Cazal e Martins (2010), concluem que há dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em dividir o poder decisório de temas que competem também aos CMS. Observam que as desigualdades nas relações sociais presentes em todo país, existem também nos CS, dificultando a participação dos grupos populares, mesmo que prevista e defendida na legislação. Esse espaço fragilizado pode ocasionar a burocratização destes conselhos, fato este que deve ser combatido para que haja efetivação da democracia, tornando legítimos os direitos conquistados pela população.

Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) relatam que em um estudo realizado com um CMS, os conselheiros representantes dos usuários geralmente participavam de todas as reuniões, porém em nenhuma delas houve alguma manifestação concordando ou discordando de algum assunto tratado, apenas votavam e iam embora. Desta forma, se percebeu uma participação meramente formal da representação. De um lado, o CS parece a forma de a comunidade participar das decisões; do outro, o formalismo faz com que apenas os representantes das instituições atuem com participação efetiva nos conselhos.

Côrtes (2006) menciona em seu estudo que os CS são deliberativos somente no que está presente na agenda setorial; as relações dentro destes espaços não são igualitárias. Alessio (2016) cita que no Brasil o controle social dentro dos CS possui muitas histórias bem-sucedidas, mas tam-

bém muitas críticas. Em seu estudo identifica inúmeras fragilidades nos CS, destacando um modelo enfraquecido onde não está sendo possível efetivá-lo integralmente.

Ao longo das décadas de 1990 a 2010, houve diversas mudanças nas políticas de saúde, e estas mudanças refletiram em um sistema de controle social mais participativo, qualificado, independente e deliberativo. Os CS e as Conferências de Saúde são os principais espaços para o exercício do controle social, o qual tem como principais atores a sociedade civil, organizada para proteger e deliberar sobre as políticas de saúde consideradas direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2013a; 2013b).

Diante disso, este estudo objetiva, a partir de uma análise documental, caracterizar a atuação dos representantes do Conselho Municipal de Saúde de um município de pequeno porte da região de saúde Vales e Montanhas (RS).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa documental, que emprega materiais da própria secretaria executiva do CMS estudado, assim como dados extraídos do sítio eletrônico da Prefeitura Municipal e o Portal da Transparência do município. Foram utilizados os seguintes documentos: as portarias de nomeação dos conselheiros referentes ao ano de 2018, as atas e as listas de presença das reuniões do CMS de janeiro a dezembro do ano de 2018, bem como seu Regimento Interno e demais documentos que contribuíram para análise das informações, como leis, resoluções e portarias que tinham como ponto principal o CMS.

Buscou-se categorizar toda a documentação levantada, segundo os principais assuntos tratados, a participação dos conselheiros nas reuniões, os posicionamentos e apontamentos levantados pelos mesmos, a assiduidade na participação e por fim a efetividade e autonomia na proposição de ações e estratégias para a saúde pública.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município em questão foi emancipado oficialmente instalado no ano de 2001. Possuía, segundo estimativas do IBGE de 2018, 2.424 habitantes,

faz parte de região de saúde Vales e Montanhas (RS) e está inserido no Vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul. Aproximadamente distante 135 km da capital Porto Alegre. A maioria da população reside na zona rural e prevalecem descendentes de origem alemã (IBGE, 2018).

O CMS foi criado mediante Lei Municipal n. 13, de 22 de fevereiro de 2001. No Regimento Interno do CMS ficou determinado que sua composição deva ser de acordo com a Resolução n. 333 de 1992 do CNS, que prevê 50% de representantes do segmento de entidades de usuários, 25% do segmento de trabalhadores da saúde e 25% de representantes governamentais e de prestadores de saúde. Dispõe ainda que cargos de chefia ou de confiança, por poderem influenciar na autonomia representativa do conselho, podem ser indicativos de substituição de conselheiros.

No Regimento consta que o CMS deverá se reunir mensalmente de forma ordinária e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou por um terço de seus membros. O conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas em um ano sem justificativa perderá o mandato e será substituído.

Em 2019, o CMS contava com doze membros titulares, doze membros suplentes, e um secretário executivo pertencente ao quadro de funcionários efetivos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), que atua e desenvolve atividades ligadas ao conselho, porém não exclusivamente. O CMS não dispõe de espaço físico próprio ou destinado às suas atividades, as reuniões são realizadas no auditório de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e os documentos oriundos do CMS são arquivados na própria unidade de saúde.

De acordo com a Resolução n. 333 de 2003 do CNS, os CMS devem ter composição paritária, ou seja, serem compostos por 25% de entidades de trabalhadores da saúde, 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos e 50% de entidades de usuários. Conforme portarias de nomeação dos membros integrantes do CMS, datadas de 15 de janeiro de 2018 e 02 de agosto de 2018, pode-se observar que a composição do CMS está de acordo com a legislação. Contudo, não há menção de quais entidades os profissionais da saúde e os usuários representam.

Conforme composição dos membros do CMS dispostos na portaria de 15 de janeiro de 2018, dos vinte e quatro conselheiros entre titulares e

suplentes de todos os segmentos, dezesseis (67%) são funcionários do município nas mais diferentes áreas de atuação e oito (33%) conselheiros não possuem nenhum vínculo empregatício com a administração municipal. Dos conselheiros funcionários da administração municipal, três são funcionários contratados com cargo em comissão e treze são funcionários concursados que recebem uma gratificação por atividades especiais (três destes como representantes dos profissionais de saúde). Dos doze representantes do segmento dos usuários, entre titulares e suplentes, seis conselheiros são funcionários do município (cinco são funcionários concursados e ocupa cargo em comissão).

Somente seis dos 24 conselheiros, entre titulares e suplentes, não possuem algum vínculo com a administração municipal – direto, no caso dos funcionários, ou indireto, no caso de prestadores de serviços. A grande participação de funcionários da administração na composição do CMS pode fragilizar este espaço de discussão e interferir de forma negativa no seu funcionamento. Suspeita-se que por manterem um vínculo próximo com a administração municipal, estes conselheiros possam não ser críticos ou não questionarem de forma enérgica as decisões tomadas pela gestão, quando estas não vão ao encontro do que é preconizado pelo sistema de saúde e/ou de interesse da coletividade a qual representam, tendo em vista que pode ser desagradável para o funcionário se opor ao seu chefe ou gestor.

Ao longo do ano de 2018 houve uma recomposição do CMS e uma nova portaria de nomeação foi expedida, datada de 02 de agosto de 2018. Nessa, dos novos 24 conselheiros, 15 (62,5%) são funcionários do município nas mais diferentes áreas de atuação. Ou seja, na segunda composição não houve alterações que impactassem na composição do CMS, persistindo o domínio do CMS pela administração municipal, comprometendo a autonomia e o verdadeiro sentido do CMS.

É comum que os representantes do segmento governamental sejam escolhidos pelo governo, mas salienta-se também que os representantes dos profissionais da saúde, dos seis conselheiros titulares e suplentes, um é funcionário de uma empresa que presta serviços ao município, que conforme a legislação deveria estar no segmento de prestadores de serviços, um conselheiro é funcionário contratado pelo município para ocupar cargo em comissão, três são funcionários concursados que recebem gratifica-

ção por desempenharem funções especiais, e somente um é funcionário concursado sem nenhum outro vínculo.

Dos 12 representantes do segmento dos usuários seis são funcionários do Município.

Outro ponto relevante encontrado e que cabe mencionar, é que durante a análise das listas de presenças, se observou uma nova alteração na composição do CMS, desta vez sem documento oficial alterando e nomeando seus integrantes, fato este que torna curiosa a forma de escolha de seus membros e como este conselho se organiza com relação à composição. Se observa uma grande participação de funcionários da administração municipal presentes em praticamente todos os segmentos constituintes do CMS, podendo elitizar o funcionamento deste espaço de discussão. Situação também encontrada por Cotta et al. (2011).

Stralen et al. (2006) apontam que os CMS tendem a se elitizar devido às organizações com maior capacidade possuírem maior predominância na representação, e isto pode ser claramente percebido neste conselho, em que a administração municipal tem maior representação mesmo que indiretamente, principalmente com seus funcionários participando em todos os segmentos. O mesmo autor menciona ainda a institucionalização como uma dificuldade de participação direta por parte dos cidadãos, observando que por um lado se incluem novos atores sociais, mas por outro se excluem atores sem vínculo com o governo.

Não se encontrou nenhum aparato legal ou recomendação que impeça a participação de funcionários do município representando segmentos que não o governamental, mas se supõe, com base nos dados apresentados, que a participação ativa prevista aos CS pode estar prejudicada, levando em consideração o beneficiamento de diversos conselheiros por parte da administração municipal. Ademais, conforme regimento interno do CMS estudado em seu capítulo III, Art. 4º, inciso V, prevê que,

A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro (DECRETO N. 960, DE 03 DE MARÇO DE 2015, p 3).

Não se tem conhecimento, com base nos documentos analisados, de como o CMS estudado foi constituído e quais entidades o compõem,

mas segundo Labra e Figueiredo (2002, apud SILVA et al., 2012), devido aos CS serem fundamentais e imprescindíveis para que haja repasse de recursos financeiros aos municípios e também por sua função frente às ações previstas na saúde, por vezes os gestores tendem a escolher seus integrantes, tornando assim o CS manipulável segundo seus interesses e por pessoas de sua confiança, que por assim serem escolhidos, diversas vezes são incapazes de exercer o papel fundamental do controle social que é acompanhar, fiscalizar e apontar possíveis irregularidades.

Martins et al. (2008) demonstram que problemas com relação à composição, representação e representatividade são comuns em diversos CS, uma vez que em muitos ocorrem intromissões políticas, usualmente com relação à representação dos usuários, podendo estes não representar de forma verdadeira os interesses coletivos. Observa-se que mesmo quando respeitada a questão da paridade, não significa que este grupo terá capacidade de intervenção.

O envolvimento de diversos atores no processo de implementação e execução de políticas públicas deve ser levado em consideração, uma vez que o conselho é constituído por participantes de órgãos públicos e privados, podendo ou não estar vinculados ao governo. E este fator geralmente gera conflitos de interesses podendo interferir na capacidade do conselho de ser efetivo perante as políticas de saúde (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Com relação à participação dos conselheiros nas reuniões do CMS, se observa que em todas as reuniões houve, conforme o regimento interno do CMS estudado, a participação de no mínimo 1/3 dos conselheiros. Fato este necessário para que a reunião e suas deliberações sejam validadas. Foram realizadas treze reuniões de janeiro a dezembro de 2018, doze reuniões ordinárias e uma extraordinária, com uma média de 9,7 conselheiros presentes por reunião.

Dentre os presentes nas reuniões, uma média de 7,2 conselheiros são funcionários do município e representam além do segmento governamental e de profissionais da saúde, também o segmento dos usuários. Ainda, cabe salientar que em média 5,3 conselheiros presentes por reunião são funcionários do município ocupando cargo em comissão ou funcionários efetivos que recebem alguma gratificação.

Tal expressividade de participação de conselheiros funcionários em comparação aos demais pode estar relacionada à composição do CMS,

como já visto anteriormente, e de forma geral pode se presumir que tal participação está relacionada à necessidade de aprovação das pautas originadas na SMS e à preservação de assuntos de interesse da própria administração. Não se percebe que os poucos assuntos trazidos por alguns conselheiros, ou de interesse da população, tenham uma importância relevante no CMS estudado.

A presença de representantes dos profissionais de saúde foi a mais percebida, sendo que esteve presentes uma média de três conselheiros por reunião (ou representação pena). Esta participação pode ser justificada devido os profissionais de saúde atuavam diretamente na UBS onde são realizadas as reuniões do CMS, facilitando assim o seu comparecimento.

O segmento dos usuários é composto por seis conselheiros titulares e seis conselheiros suplentes, com uma média de 4,2 conselheiros por reunião, abaixo do esperado no total das reuniões realizadas. Ademais, houve representantes que compareceram a apenas uma reunião durante todo o ano de 2018. Cabe salientar que, conforme Regimento Interno do CMS, o conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas sem justificativa no período de um ano, perderá o mandato. Não se teve acesso a alguma justificativa dos membros que não se fizeram presentes, mas se percebe que em nenhum momento este ponto foi observado nas reuniões realizadas, e somente no final do ano estudado houve a substituição do membro titular deste segmento, permanecendo o suplente. Problemas com relação à participação e representação também foram encontrados em estudos de Cotta, Cazal e Martins (2010) e Silva et al. (2012).

O segmento governamental e dos prestadores de serviços possui uma composição igual a dos profissionais da saúde, onde três conselheiros são titulares e três são suplentes. Neste segmento houve uma média de presença de dois conselheiros por reunião, abaixo do total. Esta presença pode estar prejudicada, pois se observa que de treze reuniões realizadas, em oito reuniões não houve a presença de representantes dos prestadores de serviços. A baixa ou nula participação dos prestadores de serviços que, compõem o CMS foi percebida por Stralen et al. (2006), quando sinalizam que por serem minoria, preferem discutir seus assuntos diretamente com o gestor da saúde, e os espaços de discussão de múltiplos interesses relacionados à saúde pública passa a ser palco por vezes, somente de vozes de trabalhadores e usuários.

Cabe refletir que presença não é sinônimo de participação, e não se pode assegurar que embora esteja algum segmento bem representado, o mesmo tenha uma participação concreta durante as reuniões e menos ainda que o mesmo possa propor medidas.

Ao promover a leitura das atas para identificar os assuntos discutidos pode-se observar que em diversos documentos houve mais de um assunto para a pauta. Assuntos relacionados à alteração, nomeação e desligamento de conselheiros aparecem na pauta em sete reuniões. Planos de aplicação de recursos, alteração em planos de aplicação de recursos e informações com relação a recursos remanescentes ou vinculados aparecem na pauta em cinco reuniões. Relatório Municipal de Gestão da Saúde anual ou quadrimestral aparecem como assuntos da pauta em três reuniões. Plano anual da saúde para o ano de 2019 aparece na pauta de duas reuniões, assuntos relacionados ao Programa Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes Aegypti* estiveram na pauta em duas reuniões e a inclusão de medicamentos na relação municipal de medicamentos essenciais esteve na pauta em uma reunião.

O Plano Municipal da Saúde 2018-2021 aparece como pauta somente em uma reunião. O assunto foi mencionado rapidamente e obteve aprovação de todos os presentes, sem disputa, sem questionamentos, sem sugestões de alteração ou inclusão de algum item, sabendo que este documento deve ser minuciosamente construído e serve de apoio à gestão, pois norteia as ações de saúde para o período de quatro anos, pode-se imaginar que pela complexidade deste documento, o mesmo não foi corretamente debatido pelo plenário do CS.

Assuntos informativos e de menor relevância, como nomeação e desligamento de apoio administrativo ao CMS, informe para secretaria da educação, pré-convite para reunião dos conselheiros, apresentação/inscrição em evento e balancete da despesa apareceram como pauta em apenas uma reunião. Chama a atenção que os assuntos presentes e discutidos nas reuniões são semelhantes e repetitivos, e o fato de em sete reuniões serem discutidas alteração, nomeação e desligamento de conselheiros nos faz desconfiar da fragilidade deste espaço, em que seus membros chegam, saem ou são realocados de segmento com frequência, proporcionando assim uma instabilidade no CS.

Observou-se, ainda, que em todas as treze reuniões as atas foram aprovadas por todos conselheiros participantes sem que houvesse ques-

tionamentos, sugestões ou solicitação de alteração nos textos. Situação também encontrada por Vieira e Calvo (2011). Fato este que põe em dúvida o real entendimento e participação efetiva dos conselheiros.

Discursos referindo que os conselheiros puderam tirar dúvidas sobre os assuntos discutidos nas reuniões apareceram em sete atas, contudo, em nenhuma delas está descrito quais e com relação a qual assunto as dúvidas se referiam, e nem como foram respondidas ou resolvidas.

Outra declaração que esteve presente em cinco atas foi a de que os conselheiros puderam colocar assuntos em pauta. Foram assuntos voltados ao funcionamento da UBS, sugestão de aquisição de materiais para facilitar o trabalho dos profissionais e o bem-estar dos usuários na UBS e apresentação da necessidade de atividades de educação em saúde com públicos específicos. Porém, não fica evidente qual ou quais os conselheiros que se manifestaram, se houve debate entre eles ou se as solicitações foram acolhidas.

Em praticamente nenhuma ata se podem verificar quais atores se manifestam ou se articulam dentro do CMS estudado, uma vez que o discurso parece sempre impessoal e não caracteriza o ator. Porém, um ponto que chamou a atenção durante a leitura das atas foi a que em uma reunião para discussão de um plano de aplicação de recurso, uma conselheira representante dos profissionais da saúde fez apontamentos e questionamentos sobre a atuação de profissionais da saúde atuantes na UBS. Outros conselheiros também se posicionaram e solicitaram modificações com relação ao tema discutido, propiciando a elaboração de um documento formal para que a secretaria da saúde tomasse providências e prestasse esclarecimentos. Na reunião seguinte a Secretária da Saúde e o profissional-alvo dos questionamentos se fizeram presentes na reunião do CMS para esclarecimentos. Nesta mesma reunião, a conselheira que levantou a questão e solicitou mudanças solicitou seu desligamento do CMS.

Esta foi a única manifestação questionando os serviços prestados à população, que se identificou partir de um conselheiro. Em todas as atas, embora em algumas se perceba uma sutil participação mais ativa dos conselheiros, pode-se perceber um discurso burocrático, administrativo e semelhante em que pouco os assuntos abordados são ativamente discutidos. Somente em uma ata se percebe encaminhamento de propostas por parte do plenário, nas demais se observa que os assuntos são trazidos pela administração e apreciados rapidamente pelo CMS.

Imagina-se que a pequena participação por parte dos conselheiros nas reuniões pode estar relacionada ao caráter burocrático identificado neste CMS, considerando que todas as reuniões parecem ser semelhantes e realizadas somente para cumprir o que preconiza a legislação e aprovar as demandas trazidas prontas pela administração. Em nenhum momento se pode identificar uma participação efetiva dos conselheiros em assuntos relacionados à gestão participativa no SUS. Fato também identificado por Cotta et al. (2011).

Guizardi e Pinheiro (2006) apontam que a falta de preparo fica evidente quando em estudo realizado quase a totalidade das pessoas participantes afirmaram não conseguirem participar ativamente nestes espaços de discussão. Percebem ainda que as relações de poder assimétricas e o fato de não se sentirem preparadas para tais discussões, principalmente os representantes dos usuários, faz com que o discurso técnico e bem elaborado que prevalece nestes ambientes, faça parecer que só o executivo tem o conhecimento necessário e o poder para deliberar nestes espaços. Situação que decorre de os conselheiros representantes governamentais comumente disporem de uma boa infraestrutura e toda uma rede de suporte que os apoia, diferentemente do que ocorrem com os demais, principalmente os representantes dos usuários. Desta forma, os CS embora tenham o objetivo da participação democrática, podem não estar sendo espaços em que esteja realmente acontecendo a democratização das políticas públicas.

A falta de preparo e conhecimento, atrelado a fatores já mencionados como a alta incidência de funcionários da administração presentes na composição do CMS, permite afirmar que a verdadeira função do CS não está sendo cumprida conforme recomenda a legislação, embora em funcionamento, não demonstra claramente que está envolvido na formulação de propostas que atendam ao interesse da coletividade da qual representam.

CONCLUSÃO

No presente trabalho, constataram-se nuances e complexidades no exercício da participação social no conselho de saúde de um município de pequeno porte da região de saúde Vales e Montanhas (RS). Inicialmente,

constatou-se que a participação de funcionários do executivo CMS, como representante governamental inserido no espaço dos usuários, pode influenciar a tomada de decisão dos participantes, uma vez que, no contexto de um município pequeno, alguns conselheiros indicados pela prefeitura e suas entidades coligadas dificilmente irão se opor ao que é encaminhado pela administração central do município.

Os documentos analisados apontam que o CMS estudado, em algumas vezes, resume-se a atender os encaminhamentos da administração municipal. Com isso, acaba não propondo estratégias e, por conseguinte, não atua no desenvolvimento de suas atribuições concebidas na Constituição e na Lei 8.142.

Além disso, os resultados encontrados apontam desafios para a efetivação do controle social por parte do CMS estudado. Dentre estes desafios, pode-se citar uma maior participação por parte dos conselheiros na busca em tornar o conselho um espaço de discussão e negociação, onde todos possam expressar as posições e interesses daqueles que representam sem melindres e com a mesma finalidade, que é a melhoria e qualidade dos serviços de saúde e a garantia do direito à saúde.

Assim, pode-se concluir que o CMS não é efetivo em sua atuação. Para fortalecer espaços desta natureza, é necessário qualificar as informações sobre sua organização, fomentar a participação social e perseguir objetivos claros que priorizem o interesse público. A capacitação dos conselheiros talvez seja uma ferramenta de valia para que os mesmos reconheçam sua importância dentro da gestão do SUS, e façam valer o direito à saúde e os dever em garanti-lo, enquanto conselheiros.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, Maria Alice Gabiatti. Conselhos de Saúde: A percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social. Dissertação de mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, p. 292.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990a.

_____. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 19: maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2437-2445, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, 21(3): 1121-1138, 2011.

FORQUETINHA (Município). Lei municipal nº 13, de 22 de fevereiro de 2001. Cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS, e dá outras providências.

_____. Decreto nº 960, de 03 de março de 2015. Homologa o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde - CMS, e dá outras providências.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 797-805, 2006.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Sáudee Sociedade*, 24(2): 556-567, 2015.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 537-547, 2002 .

LANDERDHAL, Maria Celeste et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2431-2436, 2010.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho municipal de saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. *Interações (Campo Grande)*, 17(2): 163-172, 2016.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, 18(1): 105-121, 2008.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15(1): 49-57, 2006.

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, 21 (S1): 117-125, 2012.

STRALEN, Cornelis Johannes Van et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 621-632, 2006.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de conselhos municipais de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(12): 2315-2326, 2011.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(6): 1621-1628, 2002.

