

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH
GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS
SANTA MARIA

Vítor Roberto Plentz

**O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO PELO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – RS**

**Santa Maria, RS
2022**

Vítor Roberto Plentz

**O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE –
ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, Área de Concentração Controles em organizações públicas – Cachoeira do Sul, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Orientador: Prof. Dr. Fernando do Nascimento Lock

**Santa Maria, RS
2022**

Vítor Roberto Plentz

**O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE –
ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, Área de Concentração Controles em organizações públicas – Cachoeira do Sul, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Aprovado em 07 de junho de 2022

Fernando do Nascimento Lock, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

José Alexandre Magrini Pigatto, Dr. (UFSM)

Tiago Costa Martins, Dr. (UNIPAMPA)

Santa Maria, RS, Brasil
2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir o prosseguimento de minha caminhada neste plano.

À minha família, aos meus filhos e esposa por aceitarem minha ausência, vocês foram o esteio de todas às horas, me incentivando e acreditando na importância de percorrer 15 mil quilômetros em busca de conhecimento e ampliação de minha formação profissional.

Aos gestores do Município de Aceguá, em especial ao Prefeito Gerhard Martens, que me entenderam e permitiram o desenvolvimento deste mestrado profissional.

A Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas – Mestrado Profissional por oportunizar, por meio de seus professores e servidores, a formação de profissionais para o exercício da gestão pública em nosso país.

Agradecimento especial aos Doutores José Alexandre Magrini Pigatto e Tiago Costa Martins, membros da banca de qualificação da pesquisa e defesa da dissertação, pelas contribuições oportunas e necessárias para o desenvolvimento desta produção acadêmica.

Ao Orientador Doutor Fernando do Nascimento Lock, primeiramente por ter aceitado o desafio de orientar alguém com mais de 20 anos afastado da academia, mais que um professor é um amigo e psicólogo, com sua paciência e generosidade indicou os melhores caminhos a serem trilhados.

Não poderia deixar de agradecer a turma de Cachoeira do Sul, pela troca e interação durante o desenvolvimento do mestrado na cidade de vocês.

Aos colegas Maicon Goulart Morales, que se deslocava semanalmente, vindo da serra gaúcha e Sérgio Augusto Ramos dos Santos Júnior, servidor municipal em Cachoeira do Sul, onde os afazeres laborais estreitam nossas relações pessoais e profissionais.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você estará fazendo o impossível.”

Francisco de Assis

RESUMO

O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – RS

AUTOR: VÍTOR ROBERTO PLENTZ

ORIENTADOR: PROF. DR. FERNANDO DO NASCIMENTO LOCK

A presente pesquisa, tem como objetivo explicitar de que maneira ocorreu o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde no Município de Aceguá, considerando o recorte temporal dos anos de 2018 e 2019. A metodologia adotada foi uma pesquisa de campo, do tipo exploratória, trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, inclusive com a inserção do pesquisador em atividades do Conselho Municipal de Saúde, o que facilitou a aproximação com os atores sociais que compõem este espaço, possibilitou a compreensão do processo de correlação de forças e a concepção da gestão desta política no município. Foi realizada uma investigação documental, num recorte do biênio 2018/19, a fim de verificar se as alterações nas políticas públicas vinculadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde foram consideradas pelo Conselho. Por último, utilizou-se o Serviço de Informação ao Cidadão, como ferramenta digital de acesso a dados não publicados e indisponíveis no acervo documental do órgão ou nas páginas da internet relacionadas à transparência, o que permitiu a verificação da institucionalização do conselho, o mapeamento das temáticas analisadas em seus encontros e os indícios de efetividade no controle social desenvolvido pelo Conselho no desenvolvimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Os resultados da pesquisa indicam problemas de ordem estrutural no colegiado que busca o atendimento de demandas legais, sobretudo, de prestação de contas de recursos já empregados não se encontrando indícios de efetividade na participação do segmento de usuários do Sistema Único de Saúde no processo de formação das políticas públicas sanitárias. Desatualização de dados do Conselho junto aos sites oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, bem como, ausência na página eletrônica do município de informações sobre a composição do colegiado, local, cronograma de reuniões e das ações promovidas. Legitimando assim, os dispêndios de recursos públicos e da gestão da saúde, com restrita participação da sociedade. Portanto, conclui-se que o exercício do controle social das políticas de saúde pública, desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde de Aceguá – RS atende aos preceitos legais necessários para a manutenção da autonomia político financeira do Sistema Único de Saúde no município, deixando de fomentar o acompanhamento e a proposição de melhorias que as entidades representadas e a sociedade buscam junto ao Conselho.

Palavras-chave: Controle Social, Conselho Municipal de Saúde, Ações e Serviços Públicos de Saúde

ABSTRACT

SOCIAL CONTROL EXERCISED BY THE MUNICIPAL HEALTH COUNCIL IN THE MUNICIPALITY OF ACEGUÁ – RS

AUTHOR: VÍTOR ROBERTO PLENTZ

ADVISOR: PROF. DR. FERNANDO DO NASCIMENTO LOCK

The present research aims to show how the social control practiced by The Health City Council in Aceguá Town occurred considering the period between 2018 and 2019. The adopted methodology was an exploratory field research, with qualitative approach, including the insertion of the researcher in activities from the Health Town Council, which both simplified the approximation with social figures that compose this environment, and enabled the understanding of the power correlating process and the conception of this policy in the town. In addition, desk research was made between 2018 and 2019 in order to verify if the alterations in public policies associated to the Health Public Services and Actions had been considered by the council. Lastly, the Citizens Population Information Service was used as a digital tool to access information that was neither published or available in the session nor present on web pages related to transparency. This allowed the verification of the council institutionalization, the mapping of analyzed subject matters in their meetings and the evidence of effectiveness of social control developed by the Development Council of Health Public Services and Actions. Research results suggest problems in the structural order, such as Council outdated data along the official IT department websites of the Health Public Services and the Health National Council, lack of information on the town webpage regarding the formation of the collegiate, venues, meetings and promoted actions timetables, that aims to attend legal demands, especially the accountability of resources previously used and low participation of the users' department in the Public Health System in the formation process of health public policies. Thereby, legitimating the expenditures of public resources and health management with strict social participation. In conclusion, the social control of public health policies, developed by the Health Town Council of Aceguá – RS fulfills required legal precepts to the maintenance of its financial and politic autonomy of the Public Health Service in the town, refraining the supervision and propositions of improvement that represented entities and society search for along the council.

Key words: Social Control, Health Town Council, Health Public Services and Actions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Paridade nos Conselhos Municipais de Saúde.	28
Figura 2 – Roteiro Unidade Móvel – Fevereiro/2018 e Abril/2019.	49
Figura 3 – Mapa de localização dos principais pontos de atendimento sanitário ao cidadão.	49
Figura 4 – Gráfico da Série Histórica Resultado IFDM Saúde – Aceguá	55
Figura 5 – Site com dados sobre estrutura dos CMS – Internet.	57
Figura 6 – Legislação local.	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pesquisa temática – relevância- Pesquisa Geral (2009-2019)	16
Quadro 2 – Composição da Base de Cálculo de Aplicação Mínima em ASPS.	25
Quadro 3 – Relação dos Conselhos Municipais em vigor	37
Quadro 4 – Base conceitual – Desenho do Conselho.	41
Quadro 5 – Base conceitual – Temáticas abordadas	42
Quadro 6 – Base conceitual – Indícios de Efetividade do Conselho.	44
Quadro 7 – Ligação dos constructos aos objetivos.	45
Quadro 8 – Plano de ação que coletou os dados.	46
Quadro 9 – Cálculo de Aplicação em ASPS	51
Quadro 10 – Evolução per capita dos dispêndios em ASPS/ 2018/2019	52
Quadro 11 – Série Histórica Resultado IEGM – i-saúde Aceguá.	53
Quadro 12 – Série Histórica Resultado IFDM Saúde – Aceguá	54
Quadro 13 – Composição do CMS e sua segmentação.	58
Quadro 14 – Quadro Construtos: Estrutural (E) Temáticas (T) Indícios de efetividade (I).	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
Ass.	Assessoria
CF88	Constituição Federal de 1988
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EC	Emenda Constitucional
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ESF	Estratégia e Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
LAI	Lei de Acesso à Informação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
ROU	República Oriental do Uruguai
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-RS	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
TCM	Tribunal de Contas Municipal
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	CONTROLE SOCIAL – O CONSELHO MUNICIPAL COMO INSTRUMENTO	19
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS) – AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE(ASPS)	25
2.3	CONSELHOS DE SAÚDE – DESENHO INSTITUCIONAL	28
2.4	INDICADORES QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS – SUBSÍDIOS PARA O CONTROLE SOCIAL	30
2.4.1	Índice de Efetividade das Políticas Públicas Municipais – Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul	31
2.4.2	Índice da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro – FIRJAN	32
3	METODOLOGIA	34
3.1	O MUNICÍPIO DE ACEGUA-URUGUAI	34
3.2	O MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – BRASILEIRO	34
3.2.1	Dados Históricos e Geográficos	35
3.2.2	Dados Estatísticos e Econômicos	36
3.2.3	O Poder Executivo Municipal – Estrutura Administrativa	37
3.2.4	Conselhos Municipais em Aceguá	37
3.3	DELINEAMENTO DA PESQUISA	39
3.4	CENÁRIO DA PESQUISA	39
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	40
3.5.1	Base conceitual Dimensão Estrutura	41
3.5.2	Base conceitual Constructo Temáticas	43
3.5.3	Base conceitual Constructo Efetividade	45
3.6	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	47
3.6.1	Tratamento dos dados	48
3.6.2	Análise e interpretação dos dados	48
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS – MUNICÍPIO DE ACEGUÁ	49
4.1.1	O quanto é investido em ASPS no município de Aceguá	52
4.1.2	Avaliação de desempenho IEGP – Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul em relação às ASPS em Aceguá	54
4.1.3	Avaliação de desempenho FIRJAN	55
4.2	O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ACEGUÁ	56
4.2.1	Análise da Estrutura Organizacional do Conselho Municipal de Saúde de Aceguá	57
4.2.2	Quanto a Paridade do CMS de Aceguá	59
4.2.3	Quanto a formação de plenária e designação de assessoria técnica	61
4.2.4	Quanto ao Regimento Interno	62
4.2.5	Mapeamento das temáticas abordadas e de indícios de efetividade nas ações do CMS	63
5	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	69
	ROTEIRO I – QUESTÕES DEMANDADAS VIA PORTAL MUNICIPAL – e-CAC	74
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	77

1 INTRODUÇÃO

A garantia do nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos foi apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda antes da metade do século passado (1946), proclamada pelas Nações Unidas em assembleia presidida pelo brasileiro Oswaldo Aranha em 1948, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos e positivada como cláusula pétrea no ordenamento jurídico brasileiro 40 anos mais tarde (MICHELLE, 2016).

Fontes (2018, p. 12) coloca que ao final do século passado, “este país viveu nos anos 1980, uma das décadas mais ricas, de intensas e variadas lutas sociais”. Toda essa transpiração da sociedade brasileira se condensa em uma carta, extensa e visivelmente cidadã, que mostrou, de imediato, no parágrafo único de seu primeiro artigo a que veio: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Sinergia legal que entregou ao cidadão o seu exercício do poder de forma direta ou indiretamente por meio de seus representantes.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF 88) apresentou à sociedade o dever republicano do desenvolvimento de políticas públicas capazes de garantirem às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social. O Brasil com uma sociedade que ultrapassa 213 milhões de habitantes, segundo estimativa do ano de 2021, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), dispersa sobre uma superfície superior a 8,5 milhões de Km², formada por 5570 municípios tem como desafio basilar, o desenvolvimento de políticas públicas capazes de garantirem a dignidade da pessoa humana, objetivo este que só será alcançado por meio da descentralização político-administrativa de ações aos estados e sobretudo aos municípios, estes, instância onde pulsam as demandas a serem atendidas, local onde se transformam intenções em ações (HUNTER, 1955, p. 48). De acordo com Lock (2004, p. 128) “É no município que o cidadão pode exercer plenamente a sua cidadania, no seu local de moradia é que poderá se iniciar um grande processo de transformação, através da participação nas decisões que lhe afetam diretamente e da fiscalização das ações administrativas dos governantes locais”.

Por seu turno, em capítulo específico, a Constituição Federal de 1988, gênese do ordenamento jurídico vigente no Brasil, apresentou a saúde como sendo direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988, art. 196), posteriormente no ano de 1990, com a sanção presidencial, passa a vigorar a Lei Federal nº 8080/90, considerada como lei orgânica da

saúde. Essa legislação, em seu segundo artigo, traz a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A máquina pública foi instrumentalizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) para desenvolver as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social.

Em uma perspectiva complementar, na Constituição Federal os fundamentos do Estado Democrático de Direito Brasileiro estão presentes na legalidade, no interesse público e dignidade da pessoa humana, visando a garantia das liberdades civis. A perseguição dos fundamentos constitucionais, dentro dos princípios que regem o desenvolvimento das políticas públicas, devem ser verificados pelos sistemas de controle, buscando o acompanhamento e controle dos objetivos e das metas propostas, em conformidade com as normas previstas. Na Carta, dentre as formas de controle que podem ter exercício sobre a administração pública, encontramos o controle institucional¹ externo e interno e o controle social, que busca submeter o Estado à fiscalização da sociedade.

A democratização da Administração Pública, pelo fortalecimento da democracia participativa, prevê inúmeros instrumentos de participação do cidadão no controle e na gestão de atividades da Administração Pública, o chamado controle social, que é apresentado como partícipe no processo de construção do interesse coletivo, buscando a superação dos interesses individuais e/ou corporativos. De acordo com Siraque (2004, p.100) “a participação popular colabora para a formação das normas jurídicas estatais, enquanto a finalidade do Controle Social é outra, isto é, aproveitar as regras previamente elaboradas para submeter o Estado a uma posição de submissão ao cidadão, controlador de seus atos”.

Na década de 90, o Brasil configurou legalmente a saúde como: universal, pública e de qualidade. Nela a participação da sociedade civil ganhou um espaço nos processos de tomada de decisões governamentais. A primeira forma seria manifestada no exercício do voto, ou seja, na escolha dos governantes e representantes, tanto em relação ao Executivo quanto ao Legislativo. Com vários outros canais de participação popular, como fóruns, conferências, orçamentos participativos, existem os Conselhos municipais, interesse basilar da presente

¹“O controle institucional, no caso da Administração Pública, é a maneira de controle exercida por órgãos que têm a competência legal para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos, como é o caso do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, por exemplo. Além da CGU e dos Controles Internos dos Estados e Municípios, o controle institucional também é exercido por órgãos como os Ministérios Públicos Federal e Estaduais, os Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, a Polícia Federal, as Polícias Estaduais, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e determinadas organizações privadas.” (GADELHA, 2017, p. 9). Por meio da MEDIDA PROVISÓRIA No 870, DE 1o DE JANEIRO DE 2019, a Controladoria Geral da União retomou o status de Ministério e o Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União teve suas atribuições assumidas pela CGU.

pesquisa, que são os instrumentos mais comuns na esfera local, atuando como espaços de democratização da gestão.

Para Diegues (2013, p. 86), os conselhos são:

[...]um espaço de encontro entre a sociedade civil e o Estado, onde se manifesta a democracia, a flexibilidade, o envolvimento e a comunicação entre os participantes, ou seja, espaços de representação plural, para que a sociedade e o governo possam negociar, disputar e compartilhar responsabilidades na produção de políticas públicas em áreas específicas.

Os Conselhos são instâncias colegiadas em que a participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das ações de gestão pública é indicada. Na prática, significa definir diretrizes, realizar diagnósticos, indicar prioridades, definir programas e ações, avaliar os objetivos, processos e resultados obtidos. (RICCI, 2009)

O Programa de Governo Previde Brasil foi instituído por meio da Portaria no 2.979, de 12/11/19, se apresenta como um novo modelo de financiamento, alterando algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. (MASSUDA, 2020). Nesse sentido, consta no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>), que: “a proposta teve como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem”. Diante das mudanças na política de financiamento das ASPS e consequentemente do SUS, a busca de registros quanto ao debate com a sociedade e com o Controle Social, previstos na CF 88 cria relevância dentro dos Conselhos Municipais de Saúde.

A partir da conjuntura relatada, foi identificada pertinência em alguns assuntos: saúde (direito de todos e dever do Estado), exercício do poder por meio de representantes eleitos, cumprimento das normas, políticas públicas e controle social. Logo, surge o questionamento: Como é o exercício do controle social das políticas de saúde pública, desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde de Aceguá – RS?

A fim de elaborar uma possível resposta científica, foi estabelecido o seguinte objetivo geral: Explicitar de que maneira ocorreu o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde no Município de Aceguá – RS, considerando o recorte temporal dos anos de 2018 e 2019. E como objetivos específicos: verificar se a estruturação do CMS se encontra em

conformidade com o desenho institucional previsto; mapear as temáticas debatidas nos encontros sobre as Ações e Serviços Públicos em Saúde; levantar indícios de efetividade² no controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde.

Assim, o tema central desta pesquisa está relacionado diretamente ao controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), no município de Aceguá, o qual se localiza no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para tanto, foi adotado o recorte temporal dos anos de 2018 e 2019, que marca o período de mudança na política de financiamento federal em relação à descentralização das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para os entes públicos municipais. Repasses que majoritariamente eram fixos, baseados na disponibilização de serviços e população abrangida para um sistema focado na avaliação de indicadores de resultados. (SELLERA, PAULO EDUARDO GUEDES et al, 2020).

A pesquisa se desenvolveu por meio da aplicação de uma abordagem metodológica qualitativa, resultando em observações, solicitações, interpretações, conclusões, limitações e sugestões para estudos futuros. O período verificado neste estudo ficou restrito aos exercícios de 2018 e 2019, embora registros, banco de dados e indicadores de desempenho de anos anteriores tenham sido pesquisados para geração de séries históricas.

A presente pesquisa justifica-se, visto que teve sua origem no local da fala do pesquisador, onde labora há mais de quinze anos, ou seja, no Poder Executivo do Município de Aceguá – RS. Nesta inserção profissional, o pesquisador, teve a oportunidade do exercício por diversas vezes no cargo de conselheiro junto aos Conselhos municipais das áreas de assistência social e educação. Nesses locais o pesquisador identificou limitações, que os partícipes destes colegiados vivenciam para o exercício do papel de conselheiros.

A área da saúde foi eleita como prioritária em razão dos preceitos legais e da formação do colegiado que detém atribuições ligadas à promoção do direito à vida e ao bem-estar social. Observa por oportuno, o compartilhamento de serviços e ações de saúde entre as cidades de Aceguá-Brasil e Acegua-Uruguai, onde os fronteiriços uruguaios, residentes no lado oriental, convergem para o atendimento de saúde no lado brasileiro. A finalidade deste trabalho é apresentar a realidade estrutural do órgão de controle social e suas inferências na promoção, debate e fortalecimentos das políticas de saúde pública e com isso, refletir para a sociedade a importância do Conselho Municipal de Saúde na formação das políticas sanitárias e a realidade vivenciada no biênio 2018/2019. Para a pesquisa científica

² O conceito de efetividade do controle social, adotado nesta pesquisa, se refere a sua capacidade de inclusão política de diferentes grupos sociais, sua capacidade de influenciar a gestão pública e a implementação de políticas públicas e também a capacidade de ampliar o controle social sob a ASPS.

buscará apresentar resultados que possam ser replicados ou aprofundados além das fronteiras municipais do local pesquisado.

No Município de Aceguá, a longevidade da população supera a média estadual e nacional e inclusive do país vizinho Uruguai, que é noticiado por sua qualidade de vida. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), aferido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea (2013), nos termos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), quando estratificado pela temática de saúde, é analisado pelo componente Longevidade, IDHM-Longevidade, nele é medido o número médio de anos que uma pessoa nascida em determinado município, viverá a partir do nascimento. Aceguá, pelo resultado, encontra-se na graduação mais elevada, Muito Alta, auferindo 0,852 de IDHM-Longevidade, mantendo sua posição acima da média estadual que é de 0,84 e superior em 12,25% aos resultados da nação brasileira que tem nível de desenvolvimento no patamar *Alto*. No lado oriental, o resultado da nação é 0,804, também inferior ao resultado municipal aceguaense. Apresentando os dados pela ótica da idade, em Aceguá, a população tem expectativa de vida ao nascer de 76,1 anos, enquanto no Brasil é de 73,9 anos.

Aceguá, se caracteriza por ser um município com um centro urbano pequeno e limítrofe ao Uruguai, o tornando qualificado para o comércio de fronteira, inclusive com autorização para funcionamento de “*freeshops*” brasileiros, sendo que no lado uruguaio, os “*freeshops*” estão em funcionamento desde 2008, enquanto o Aceguá brasileiro aguarda investidores para o desenvolvimento da atividade. Ambos tem a maior parte de sua população residente no meio rural, o que exige um aparelhamento diferenciado para o serviço de saúde, no qual a maioria dos serviços de saúde de média complexidade são desenvolvidos num hospital localizado no meio rural, no distrito de Colônia Nova, local onde houve a instalação em 1949 de uma colônia alemã do grupo religioso menonitas que em 1969 construíram um hospital com majoritário aporte de recursos originários da Alemanha e complementado pela própria comunidade menonita. Entidade que entrega à população aceguaense a filosofia Alemã (8 leitos/1.000 habitantes), disponibilizando 8,57 leitos para cada 1,000 habitantes, enquanto, conforme o Plano Estratégico de Desenvolvimento Regional 2017-2030 – COREDE CAMPANHA, no Brasil a média é 2,03 e o Rio Grande do Sul 2,65 leitos por mil habitantes, assim o Município de Aceguá, demonstra uma preocupação expoente no tocante ao atendimento à saúde municipal.

Ainda na esteira de busca da relevância e atualidade do tema, em março de 2020, foram pesquisados nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Ministério da Educação (MEC) e a Biblioteca Digital Brasileira de

Teses e Dissertações (BDTD), informações sobre o desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutorado, no período de 2009 a 2019, onde foram utilizadas algumas palavras chaves e obtido como resultado o descrito conforme a Quadro 1.

Quadro 1 – Pesquisa temática – relevância- Pesquisa Geral (2009-2019)

PALAVRAS CHAVES	SUCUPIRA/CAPE	BDTD
CONTROLE AND SOCIAL AND MUNICIPAL	1668	909
CONTROLE AND SAUDE AND MUNICIPAL	1760	701
CONSELHO AND SAUDE AND MUNICIPAL	628	391
CONSELHEIROS AND MUNICIPAL AND SAUDE	251	99

Fonte: Elaborado pelo autor.

O resultado obtido demonstra que em consulta nas bases de dados SUCUPIRA e BDTD, o tema proposto encontra-se latente em pesquisas de mestrado e doutorado, sendo estudados por mais de mil e seiscentos pesquisadores segundo a CAPES e por mais de novecentos pesquisadores segundo BDTD.

Diante das justificativas acima expostas, a presente pesquisa de mestrado, retratou se a institucionalização³ da participação social e a correlação de forças⁴ desenvolvida pelos segmentos e sua contribuição no processo de formação e execução das políticas públicas voltadas ao atendimento das demandas sanitárias.

Assim, teve seu desenvolvimento, além desta introdução, em mais três capítulos, onde no Capítulo 2, por meio de uma revisão bibliográfica, é apresentado o aprofundamento teórico sobre o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde nas ações e serviços públicos em saúde, o financiamento das ASPS, índices fiscais, índices de desempenho e composição do colegiado. Em seguida, no Capítulo 3, é descrita a metodologia que norteou o desenvolvimento da pesquisa com a projeção da realização de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso. O Capítulo 4 apresenta o resultado das análises dos dados. No Capítulo 5 são apresentadas as conclusões e ao final constam as referências, apêndices e anexos.

³ Instituições como conselhos gestores de políticas públicas, conferências, participação cidadã na definição do orçamento público, entre outros, nos três níveis de governo, permitem a incorporação de uma dimensão até então ausente da democracia representativa: processos deliberativos que transcendem os momentos eleitorais e propiciam alternativas de inclusão dos interesses dos grupos organizados no cotidiano da esfera política, fomentando, ao mesmo tempo, a organização política destes grupos e criando novas formas de mediação representativa entre Estado e sociedade (CARDOSO JR, 2009, p.564).

⁴ Correlação de Forças é o embate de propostas divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados. (Bravo, M. I. S., & Correia, M. V. C., 2012).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreender melhor o exercício do controle social desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde, foi realizada uma revisão da literatura, com o objetivo de proceder à identificação da visão de estudiosos da temática, a estruturação do Sistema Único de Saúde, desenho institucional do Conselho, indicadores de desempenho na área da saúde desenvolvidos pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e pela Federação das Indústrias do Rio de Janeiro.

A existência de controles sempre pressupõe dois lados – o do controlador e o do controlado, ou seja, o controle pode ser definido, em síntese, como o ato ou o poder de controlar algo (SPINK E TEIXEIRA, 2012; MARTINS, 1989).

O controle social que de início buscava a garantia da ordem pública, exercido majoritariamente pelo estado, passou a ter diversos desdobramentos, entre eles a expressiva linha de oportunidades para o cidadão exercer o controle direto e imediato sobre a atividade administrativa do Estado, em que este possui a obrigação constitucional de não opor resistência à sindicabilidade, por parte do cidadão, dos negócios públicos.

Neste ínterim,

[...] que não se trata de abordar o controle social tão-somente como um fenômeno revelador da incidência do cidadão sobre a administração como ação estritamente fiscalizadora e sancionadora, nos limites e possibilidades que o ordenamento político e social permite, mas como uma relação de mútuo envolvimento e comprometimento na construção do interesse público, envolvendo diferentes segmentos da sociedade, cada um segundo suas necessidades e respeitadas as suas especificidades. (BERGUE, 2012, p. 6).

Esta interação entre estrutura e agentes, produz uma constante alteração do ambiente microsocial, ora mudando os agentes e outras alterando o sistema. Produzindo novos contornos para a estrutura e para o produto dela, essa evolução nas ações produzidas, é o que Giddens, chama de “dualidade da estrutura” (GIDDENS, 1978, p.109).

A busca de conhecimento leva a perceber diferentes pontos de vista em relação à demanda social recepcionada pela CF 88, as manifestações ou a falta delas pelos segmentos representativos, verificadas em consonância com a teoria da estruturação, apresentada por Giddens, por meio da interação de interesses representados pelos segmentos (agentes) e pelo ambiente (estrutura), fazem parte da análise dos dados coletados e discutidos, sendo fundamentais na contraposição de ideias e na estruturação do Conselho pesquisado, porém

sua realidade pode não expressar o que a sociedade busca e sim uma dialética que a própria teoria apresenta em que o cotidiano, a rotinização das ações domina a produção de resultados.

Acessar o agente através do seu discurso e de sua prática e observar “em ato” outras influências dos sistemas sociais que atuam sobre as circunstâncias da ação é uma forma de “elucidar os processos concretos da vida social” e permitir uma maior reflexividade dos atores sobre sua prática (O'DWYER, et. al., 2010).

Mais que o atendimento constitutivo e regulador do Conselho, o que se busca é a promoção da estruturação por meio das ações intencionais do colegiado que o potencializam para a proposição de resultados sanitários positivos, o que pela pesquisa foi explicitado por meio de como ocorreu o controle social exercido pelo CMS de Aceguá-RS.

2.1 CONTROLE SOCIAL – O CONSELHO MUNICIPAL COMO INSTRUMENTO

O federalismo fiscal brasileiro converge em direção à descentralização político-administrativa de ações aos estados e sobretudo aos municípios e usa as transferências de receita tributária, previstas na CF 88, para garantir uma maior autonomia financeira dos Governos subnacionais em relação ao Governo central, que pode ser utilizado como instrumento de organização política para se combater as desigualdades entre as regiões (SOARES; MACHADO, 2018, p. 28; ENAP, 2017, p. 07).

Essa desconcentração da capacidade de atuar, tem por fim, garantir que os objetivos sejam alcançados da forma mais eficiente possível (CASTRO, 2009). Sendo assim, considerando a complexidade das estruturas político-sociais de um país, assim como o próprio fenômeno da corrupção, o controle da administração pública não deve ficar restrito aos controles institucionais. Conforme a Controladoria Geral da União, é essencial que ocorra a participação dos cidadãos e da sociedade organizada no monitoramento do gasto público, avaliando incessantemente as ações governamentais e reivindicando adequada aplicação dos recursos públicos. Isso se chama "controle social" (CGU, 2012).

Conforme Lock:

A participação popular enquanto princípio constitucional ocorre quando o cidadão, sem interesse individual imediato, tem como objetivo o interesse comum, buscando algo por vias administrativas ou judiciais. Ou seja, é o direito de participação política, de decidir junto, de compartilhar a administração, opinar sobre as prioridades e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos, confirmar, reformar ou anular atos públicos. (LOCK, 2012, p.35).

O controle social adquiriu força jurídica no Brasil com a promulgação CF 88, também conhecida como Constituição Cidadã, que, elaborada sob grande influência da sociedade civil através de emendas populares, estabeleceu a descentralização e a participação popular como marcos no processo de elaboração das políticas públicas, particularmente nos campos das políticas sociais e urbanas. Consagrando, assim, uma conjuntura favorável à participação da sociedade nos processos de tomada das decisões políticas fundamentais ao bem-estar da população (CGU, 2012).

De acordo com a Cartilha “Controle Social” da Controladoria Geral da União: “O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública. Trata-se de importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania” (CGU p. 16, 2012).

Segundo leciona Mileski:

Transparência não significa divulgar por divulgar, dar acesso à informação por dar. O sentido da transparência é promover a participação popular nos atos de governo, democratizando a gestão fiscal, a fim de contribuir para o seu aprimoramento e exercer um controle sobre os atos do governo, agindo em colaboração ao sistema oficial de controle da atividade financeira do Estado. (MILESKI, 2009, p. 103).

Para Rubinstein (2011, p. 887) transparência e democracia estão intimamente relacionados para o fortalecimento da cidadania, “Uma nova espécie de contrato social insere-se no âmago do processo de desenvolvimento democrático entre governantes e governados, na qual os últimos conferem poder aos primeiros, mas exigem transparência e responsabilidade em troca”.

De acordo com Cunha (2003), o controle social é a capacidade que a sociedade organizada possui de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, estado ou do Governo Federal. Assim, a sociedade passa a interagir com o Estado e participa ativamente da definição, elaboração e acompanhamento das prioridades e políticas a serem implementadas pelos entes administrativos.

Para Nunes (2011), a antecipação aos atos de corrupção, evitando o correr atrás do prejuízo gerado ao erário público, exige uma atuação proativa e prévia à aplicação dos recursos públicos, mais eficaz ao interesse do cidadão, propiciando a mobilização da comunidade local para exercer o acompanhamento e a fiscalização *pari passu* de toda a ação do governo. A CF 88, em seu Art. 198, preceitua que as ações e serviços públicos de saúde

integram uma rede regionalizada⁵ e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes em que o inciso III traz como preceito a participação da comunidade.

A Lei Complementar Federal Nº 141, de 13/01/12, dispôs sobre os valores mínimos, critérios de rateio dos recursos e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Em seu Capítulo IV, tratou da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle desse emprego, no Art. 31 manifestou o dever que cada ente público tem de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

- I – Comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
- II – Relatório de Gestão do SUS;
- III – Avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. (BRASIL, 2012, art. 31)

O legislador trouxe para dentro do arcabouço legal das ASPS, o órgão Conselho Municipal de Saúde como avaliador do processo e logo em seguida apresentou no Art. 36 o que integra o Relatório de Gestão do SUS, a ser apreciado pelo colegiado definindo o prazo até o dia 30 de março do ano subsequente a execução das ASPS, para a emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na Lei Complementar 141, vejamos:

- Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:
- I – Montante e fonte dos recursos aplicados no período;
 - II – Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
 - III – Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. (BRASIL, 2012, art. 36)

O citado artigo, em seu parágrafo 2º, preceitua a exigência da aprovação pelo CMS da programação anual do Plano de Saúde antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias para o Poder Legislativo.

⁵ Regionalização – como macroestratégia de reorganização assistencial: "A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis" (PORTARIA Nº 373, DE 27/02/2002, MS, 2001).

Para Diegues, os Conselhos são:

[...]um espaço de encontro entre a sociedade civil e o Estado, onde se manifesta a democracia, a flexibilidade, o envolvimento e a comunicação entre os participantes, ou seja, espaços de representação plural, para que a sociedade e o governo possam negociar, disputar e compartilhar responsabilidades na produção de políticas públicas em áreas específicas (DIEGUES, 2013, p. 86).

A estruturação dos controles institucionais e sociais, geram a sensação de vigilância constante, às vezes realizada pelo Estado, outras pelo próprio cidadão e geram apreensão ao gestor público. A limitação do poder de agir é restringida pela expectativa de observação constante. Foucault (2010, p. 191) refere que o principal efeito do panóptico⁶ é

[...] induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício; que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele que o exerce: enfim, que os detentos se encontrem presos numa situação de poder de que eles mesmos são portadores.

Berg (2012), coloca que “O amplo acesso às informações públicas, em seu sentido mais amplo, e as possibilidades de seu tratamento proporcionado pelas tecnologias de informação e comunicação TIC1’s, notadamente a internet (a “torre central”) impõe ao agente público (vigiado) a sensação de constante controle por parte da sociedade (vigilante), ainda que essa assim não seja de fato.”

A Administração Pública no Estado Democrático de Direito tem como dever promover o bem-estar social através da implementação de políticas sociais destinadas a reduzir as necessidades e riscos sociais e garantir ao cidadão mais acesso a recursos e benefícios (ROBERTO et al. 2016). Quanto mais espaços o Estado toma, maior o tamanho da máquina pública e, com isso, se potencializam as disfunções na sua atuação. Assim, torna-se fundamental melhorar os mecanismos de controle na Administração Pública e minimizar a interferência de interesses individuais nos interesses da coletividade.

O Conselho Nacional de Saúde ratificou pela Resolução n.º 453/2012 o contido na Resolução n.º 333/03, prevendo:

⁶ O Panóptico é uma prisão cuja arquitetura é da seguinte forma: ao redor de uma torre cheia de janelas é construído um conjunto de celas em forma de anel que terão as janelas da torre direcionadas para a parte interna desse anel. Cada cela terá duas janelas, uma na parte externa e outra na parte interna do anel, que será correspondente às janelas da torre. Isso será necessário para que a luz que atravessa a cela chegue até a torre e então é só colocar um vigia na torre central que ele terá uma visão privilegiada do sujeito que está sendo vigiado. (FOUCAULT, 2010. p. 190)

IV – O Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V – As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade; (CNS, 2012)

Reuniões do plenário, no mínimo mensal, definem uma busca de potencializar a aproximação entre o gestor das ASPS e os componentes do colegiado, permitindo um acompanhamento e controle do destino dos recursos públicos e da execução das metas planejadas. De acordo com Costa (p. 17, 2003) “No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais.”

Ao adentrarmos no parágrafo 3º do Art. 7º da EC Nº 29/2000, veremos: “Todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados por seu Conselho”, leitura que apresenta a formulação estratégica de controle sobre o financiamento das ações e serviços públicos de saúde em busca da “*accountability*”⁷ desejada e da justiça social clamada.

Nesta senda, consoante a Lei Federal Nº 8.142/1990:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde;

II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III – Plano de saúde;

IV – Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

O citado dispositivo legal prevê a perda da autonomia político administrativa dos recursos repassados, caso, o ente público não preencha os requisitos legais de sua composição paritária, sendo a que sua gestão administrada passa a ser do governo do Estado de sua jurisdição, previsão que impõe ao gestor a grande preocupação que o legislador teve ao vincular a estruturação e funcionamento dos Conselhos de saúde ao recebimento das transferências de recursos financeiros das ASPS.

⁷ “*Accountability*” está ligada à ideia de que o gestor tem o compromisso de demonstrar o resultado obtido em relação aos recursos recebidos, a quem lhes ofereceu (SIU, p. 80, 2011)

Mais tarde, no ano de 2000, por meio da Emenda Constitucional Nº 29 (EC Nº 29/2000), acrescentou-se as Disposições Constitucionais Transitórias, o Art. 77, que em seu parágrafo terceiro diz o seguinte:

[...]

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de **Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde**, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. (AC) (Grifo nosso).

Corroborando o que a Lei Federal Nº 8.142/1990, preceitua o poder legislativo, reforça a exigência de acompanhamento e fiscalização dos recursos transferidos para a manutenção das ASPS.

Isso é externado pelo Conselho Nacional de Saúde através da Quinta Diretriz da RESOLUÇÃO Nº 554, de 15/09/2017, vejamos:

Quinta Diretriz: A omissão na execução das atribuições dos Conselhos de Saúde Estadual, Municipal e do Distrito Federal pode ensejar, ante o previsto no art. 4º, caput e inciso II, da Lei nº 8.142/1990 e art. 22, inciso I, da Lei Complementar 141/2012, a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou União), nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei nº 8.142/1990.

A busca da participação social por meio dos Conselhos, é replicada pelo CNS, inclusive incentivando a sanção como a perda da autonomia político-financeira por parte do ente infrator.

A estrutura e os agentes, quais sejam, órgão Conselho Municipal de Saúde e seus integrantes que representam segmentos sociais definidos pela legislação, com paridade entre usuários do sistema e partícipes da estrutura sanitária disponível para a população convivem e convergem seus interesses em direção a construção de um equilíbrio entre a estrutura e agentes em busca do interesse coletivo.

Por fim, o controle social acima abordado, serviu como base teórica para a pesquisa documental, observação presencial em reuniões e coleta de dados via portal de acesso a informações, os quais foram utilizados nas análises da estrutura organizacional do CMS.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS) – AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE(ASPS)

De acordo com o art. 3º do Decreto 7.508/2011, o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, executados pelos entes federativos de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Por esse motivo, o SUS é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. O fundamento do SUS é o conceito mais amplo da saúde, que envolve não apenas o tratamento de problemas de saúde, mas também, ações de promoção da qualidade de vida e a prevenção de doenças. (TCU, p.50, 2015).

O acesso às ASPS é gratuito, isto é, não será cobrado diretamente do cidadão nenhum valor, total ou parcial, referente a serviços prestados por meio do SUS (Lei 8.080/90, art. 43). O atendimento é pago quando a sociedade recolhe seus impostos, o financiamento é fruto do recolhimento das cargas tributárias federais, estaduais e municipais.

De acordo com Vieira e Benevides (2016, p. 02), “As melhorias nas condições de saúde da população brasileira nas últimas décadas são atribuídas a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde e à reforma setorial que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).” A Constituição Cidadã de 1988, organizou a rede de ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em conformidade com diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Nela, em seu Art. 198, está definida a regra inicial sobre o financiamento das ações de saúde no Brasil:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

[...]

III – No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – Os percentuais de que trata o § 2º;

II – Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde, destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [...]

Deste modo, é de natureza constitucional o mandamento que determina a edição de Lei Complementar regradando o percentual mínimo da receita de impostos a serem utilizados

em ações e serviços públicos de saúde, podendo a gestão utilizar mais recursos, sem vinculação, para o atendimento das necessidades da área da saúde.

Posteriormente por meio da Emenda Constitucional Nº 29/2000 e pela Lei Federal Complementar Nº 141/12, houve a definição dos percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo critérios de rateio dos recursos e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Em suma, a saúde pública municipal tem que destinar no mínimo 15% da receita resultante de impostos e transferências em ASPS. No Quadro 2 estão elencadas as receitas vinculadas para as ASPS.

Quadro 2 – Composição da Base de Cálculo de Aplicação Mínima em ASPS.

RECEITAS – Destinação de 15% para o ASPS
Receitas Correntes
Receita Tributária – Município
Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)
Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho
Imposto sobre Serviços (ISS)
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre Outros Rendimentos
Imposto sobre Transmissão “Inter Vivos” de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI)
Transferências da União
Participação na Receita da União
Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios – Cota Mensal (FPM)
Cota-parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR)
Transferência Financeira do ICMS – Desoneração – LC Nº 87/96
Transferências do Estado
Participação na Receita do Estado
Cota-parte do ICMS
Cota-parte do Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
Cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados Exportação
Outras Receitas Correntes
Multas e Juros de Mora/Dívida Ativa dos Impostos da Receita Tributária

Fonte: Elaborado pelo autor.

A destinação mínima de 15% da receita resultante de impostos e transferências, imposta aos municípios pela CF 88, não consegue evidenciar a qualidade do gasto, restringir o atingimento do bem-estar social, no ínterim da saúde, a destinação de recursos é negar a complexidade do tema. Segundo (KLAZINGA, 2010, p. 10; CARNUT; NARVAL, 2016, p. 11).

Construir um quadro teórico de desempenho de sistemas de saúde não é uma atividade simples nem um exercício acadêmico neutro, mas deve capturar tanto noções administrativas quanto políticas. Por isso, a construção de muitos quadros de

desempenho baseia-se em processos de desenvolvimento que incluem os principais grupos de interessados (*stakeholders*).

A participação social para acompanhar e controlar as ASPS, por meio dos representantes no colegiado do CMS, tem que compreender os dados a ela apresentados, o que não é simples. Os relatórios e documentos contábeis públicos são de tecnicidade ampla, restringindo sua leitura. Os acessos aos processos informam as decisões da sociedade política a sociedade civil organizada e juntos atuam na formulação e revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões (RAICHELIS, 2000, p. 54).

Dentro da necessidade de apresentar informações claras ao cidadão, surgem além do percentual mínimo de gasto em ASPS, previsto na EC 29/2000, o desenvolvimento de indicadores qualitativos, especificamente para os municípios gaúchos, o Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul utiliza o Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEGM/TCERS). Índice que busca avaliar a efetividade das políticas públicas dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul e é composto de 07 indicadores setoriais: Educação; Saúde; Planejamento; Meio Ambiente; Defesa Civil; Gestão de TI; Gestão Fiscal, consolidados em um único índice: IEGM (Índice de Efetividade da Gestão Municipal).

Pelo prisma da sociedade organizada sem fins lucrativos, a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), divulga anualmente um indicador composto, que aborda, com igual ponderação, três áreas consagradas do desenvolvimento humano: Emprego & Renda, Educação e Saúde. Assim, o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), consolida em um único número, os resultados obtidos em cada uma dessas três vertentes.

Segundo Silva, Borges e Silva (2015, p. 01)

Os resultados das gestões públicas, além de serem evidenciados nos demonstrativos elaborados pela contabilidade pública, devem ser analisados e interpretados. Neste sentido, os índices de desempenho, os indicadores sociais, elaborados com base nesses e em outros resultados sociais, podem servir para avaliar as políticas públicas.

Assim, a evidenciação de resultados auferidos e publicizados pelas exigências de ordem fiscal, em conjunto com outros indicadores complementares, podem nortear a gestão e seus controles institucionais e sociais na planificação evolutiva que as políticas públicas carecem. Tanto o índice constitucional de despesa em ASPS quanto os indicadores de eficiência aplicados pelo TCE-RS e pela FIRJAN, foram compilados e verificados no acompanhamento das atividades do CMS.

2.3 CONSELHOS DE SAÚDE – DESENHO INSTITUCIONAL

O Conselho de Saúde é o local em que o sujeito social tem a oportunidade de colaborar de forma ativa nas decisões do sistema de saúde pública, uma conquista que advém da criação do SUS e precisa ser construída a cada dia, contando com a participação voluntária de cada conselheiro (SOUZA, 2012, p. 215-211). O CMS, tanto impulsiona o debate na cidade sobre a questão da saúde quanto, torna-se, ele mesmo, uma caixa de ressonância das disputas existentes na sociedade civil para estabelecer as dimensões da atenção do Estado à saúde (BALCÃO, 2003).

A instituição e efetivo funcionamento dos conselhos setoriais, de caráter permanente e deliberativo⁸, com composição paritária entre governo e sociedade civil, começaram a despontar nas cidades brasileiras a partir da década de 1990, após a promulgação da Carta Magna vigente e orientadas pela legislação federal: Lei nº 8.080 de 19/09/90 e Lei nº 8.142 de 28/12/90, vejamos o Art. 1º da Lei nº 8.142:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 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:

I – A Conferência de Saúde; e

II – O Conselho de Saúde.

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

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

Destarte a condução do CMS, ao grau de instância colegiada, com atribuições de formulação e controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigesima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas citadas leis emitiu a Resolução n.º

⁸ A Lei 8.142, ao institucionalizar o conselho de saúde como instância deliberativa, atribuindo-lhe o controle da execução da política de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, mesmo sujeito a homologação do Executivo, abriu os caminhos para o controle social sobre os recursos públicos para a área. O acesso da população e dos trabalhadores da saúde à prestação de contas e às definições da política para o setor é um passo para o seu efetivo controle. (CORREIA, p. 67, 2000)

333, de 4 de novembro de 2003, definiu os Conselhos como instâncias colegiadas, cuja formação é distribuída e segmentada em 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A composição é fruto dos debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, por ocasião da X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde. (Brasil, 1992). Posteriormente, no ano de 2012, foi aprovada nova Resolução do CNS de n.º 453 em vigor e mantenedora da mesma composição do colegiado, resumidamente representada na figura nº 01:

Figura 1 – Paridade nos Conselhos Municipais de Saúde.



Fonte: Resolução nº 453/2012 – Elaborado pelo autor.

O atendimento do preceituado pela Resolução do CNS de nº 453/2012, busca identificar se o desenho institucional encontra-se em consonância com o previsto, pois a participação de cada segmento foi contrabalanceada com base em demandas tramitadas via Conferências Nacionais e sancionadas pela resolução. O atendimento ou não do previsto, faz parte desta pesquisa buscando verificar como se desenvolveu o desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Aceguá nos anos de 2018 e 2019.

2.4 INDICADORES QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS – SUBSÍDIOS PARA O CONTROLE SOCIAL

A presença da sociedade na formulação e acompanhamento das políticas públicas aproxima o gestor das demandas sociais, promovendo interação prévia, concomitante e posterior ao desenvolvimento das políticas públicas. Para o seu alcance, dispositivos constitucionais foram criados, no qual se destacam as audiências públicas e os conselhos setoriais. A Constituição Federal recepcionou a Lei Federal nº 4.320 de 1964, onde manteve o chamado ciclo orçamentário, explicitando o controle social como preceito fundamental para a potencialização do desenvolvimento de políticas públicas.

Posteriormente com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal, em meio à reforma administrativa do Estado, a máquina estatal passa da administração burocrática para a administração gerencial⁹, teve inclusão de incisos que determinam a disponibilização em tempo real das informações referentes à execução orçamentária, dentre elas, gastos em Ações e Serviços Público em Saúde-ASPS. Informações que, pela tecnicidade, podem não estar sendo compreendidas pelos cidadãos, a fim de que possam exercer seu papel no controle social. Surgem então, a busca de qualificar o resultado da gestão pública por meio de indicadores desenvolvidos por órgãos governamentais e não governamentais.

Os cidadãos têm o direito de participar, fiscalizar, monitorar e controlar as ações da administração pública (controle social). Entretanto, na pesquisa de Miranda et al. (2008) foi verificado que as informações produzidas pela contabilidade pública não são claras para a maioria dos cidadãos e isso ocorre até para aqueles que se consideram com bom conhecimento sobre contabilidade, incluindo a governamental. O controle e acompanhamento social amparado pelos relatórios contábeis podem ser um entrave ao desenvolvimento do controle social. De acordo com Gadelha (2017, p. 09), “O controle institucional, no caso da Administração Pública, é a maneira de controle exercida por órgãos que têm a competência legal para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.” Por competência constitucional, cabe aos Tribunais de Contas dos Estados auxiliar o poder legislativo no exercício de seu controle externo e para apresentar os dados contábeis declarados pelos entes jurisdicionados ao acesso popular. O TCE-RS, disponibiliza em seu site, o ícone “Informações dos Fiscalizados (Controle Social)”, nele dados referentes a receitas, despesas, saúde, educação, obras,

⁹ O Estado brasileiro passou por duas grandes reformas administrativas – a burocrática, iniciada em 1937, e a gerencial, que começa em 1995. A primeira ocorreu no primeiro governo Vargas, e teve como objetivo transformar a administração pública brasileira, que até então era patrimonial em um serviço público profissional. Já a segunda reforma cujo objetivo foi e continua sendo, tornar os grandes serviços sociais do Estado mais eficientes. BRESSER, 2010, p. 1).

decisões, previdência e gestão fiscal podem ser acessados especificamente por município e seus órgãos ou entidades de interesse. Apresenta ainda links com a legislação municipal, licitações e contratos e índices de efetividade da gestão municipal por área de atuação.

Segundo Martins, Correa e Oliveira (2019, p. 08), “Com a informatização dos processos de fiscalização, o TCE criou um sistema de informação sobre as receitas e as despesas realizadas pelos municípios gaúchos, oriundas do Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas – SIAPC”.

Na presente pesquisa, além do percentual mínimo previsto na CF 88, 15% da receita resultante de imposto e transferências, a ser empregado em ASPS, extraídos do SIAPC diretamente na página do TCE-RS, são apresentados outros dois indicadores, o Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEGM) desenvolvido pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e adotado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e o desenvolvido pela Federação das Indústrias do Rio de Janeiro, Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal, pois mais que indicadores fiscais, eles buscam traduzir qualitativamente a efetividade nas políticas públicas locais. Todos os índices e indicadores estão disponibilizados nos portais do TCE-RS e FIRJAN, o que permitiu o acesso aos dados secundários diretamente nas páginas da internet. Nesta pesquisa foi verificado, se o conselho acessa esses indicadores e os tendo, se são considerados na formulação e controle das políticas públicas de saúde.

2.4.1 Índice de Efetividade das Políticas Públicas Municipais – Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul

Conforme Coelho (2010, p. 68), a gestão pública tem buscado alicerçar seu gerenciamento por meio de indicadores de desempenho formados por itens, índices, resultados e taxas que buscam apresentar qualitativamente o resultado da administração, objetivando comparar o previamente definido.

O IEGM/TCERS é um índice que busca avaliar a efetividade das políticas públicas dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Seus dados são extraídos das prestações de contas periódicas que os municípios enviam para o Tribunal de Contas, e por meio de pesquisa, preenchida diretamente pelos entes jurisdicionados da área municipal.

O IEGM/TCERS, possui como 5 Faixas de resultados (2016):

- Altamente Efetiva (IEGM maior ou igual a 90%);
- Muito Efetiva (IEGM entre 75% e 89,9%);

- Efetiva (IEGM entre 60% e 74,9%);
- Em fase de Adequação (IEGM entre 50% e 59,9%),
- Baixo nível de adequação (IEGM menor ou igual a 49,9%).

O indicador na área da saúde, objeto desta análise, Índice Municipal da Saúde (i-SAÚDE), mensura o resultado das ações da gestão pública municipal, que são analisados por meio de uma série de quesitos específicos com ênfase em:

- Processos realizados pelas prefeituras relacionados à Atenção Básica;
- Cobertura e ação do Programa Saúde da Família;
- **Atuação do Conselho Municipal da Saúde;**
- Assiduidade dos médicos;
- Atendimento à população para tratamento de doenças, como a tuberculose, e prevenção de doenças, como a dengue,
- Controle de estoque de insumos; cobertura das campanhas de vacinação e de orientação à população. (Grifo nosso)

Para Figueiredo Filho (et. al. 2013 p. 137) “Estimar em que medida as ações governamentais produzem os seus efeitos esperados é um dos principais desafios enfrentados por estudiosos do assunto e formuladores de políticas públicas.” A percepção de como a atividade estatal está se desenvolvendo é um dado fundamental para a formulação das ações governamentais, e um caminho a ser trilhado pelos atores laborativos das políticas públicas nas organizações governamentais.

2.4.2 Índice da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro – FIRJAN

O índice é uma referência para o acompanhamento do desenvolvimento socioeconômico brasileiro, monitora três áreas – Emprego & Renda, Educação e Saúde, utilizando exclusivamente estatísticas públicas oficiais. Especificamente, são acompanhadas as conquistas e os desafios socioeconômicos brasileiros pelo prisma da competência municipal: manutenção de um ambiente de negócios propício à geração local de emprego e renda, educação infantil e fundamental, e atenção básica em saúde.

Conforme a FIRJAN, o IFDM Saúde tem foco na saúde básica e contempla indicadores cujo controle é de competência municipal: proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internações sensíveis à atenção básica. Todos os quatro indicadores participando do cálculo na proporção de vinte e cinco por cento e são pesquisados nos bancos de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e o Sistema Internações

Hospitalares, todos do DataSus – Ministério da Saúde.

O índice FIRJAN, é mensurado conforme o atingimento das seguintes faixas de desenvolvimento:

- Alto desenvolvimento (superiores a 0,8 pontos);
- Desenvolvimento moderado (entre 0,6 e 0,8 pontos);
- Desenvolvimento regular (entre 0,4 e 0,6 pontos),
- Baixo desenvolvimento (inferiores a 0,4 pontos).

De acordo com Ervilha, Alves e Gomes (2013), “O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) é referência para o acompanhamento do desenvolvimento socioeconômico municipal ao longo de séries históricas anuais. O IFDM apresenta semelhanças com o IDH-M, pois acompanha as três áreas de interesse deste: renda, educação e saúde, utilizando-se exclusivamente de estatísticas oficiais”. Os indicadores de efetividade disponíveis para os gestores e para a sociedade podem ser norteadores da correção dos rumos das políticas na área da saúde pública, desde que sejam considerados para a sua formulação e foi identificado nesta pesquisa, se o mesmo é considerado na formulação das ASPS pelo CMS de Aceguá.

3 METODOLOGIA

Com a finalidade de aproximar o leitor ao local de pesquisa, a terceira parte desta dissertação foi dividida em seis tópicos. Inicialmente são apresentadas as principais características históricas do município de Aceguá uruguaio seguidas pelos dados geográficos, estatísticos, econômicos de Aceguá brasileiro e a estrutura administrativa do Poder Executivo Municipal de Aceguá e seus Conselhos Municipais ativos, na terceira parte se define o delineamento da pesquisa, logo após o cenário da pesquisa e o procedimento de coleta e análise dos dados.

3.1 O MUNICÍPIO DE ACEGUA-URUGUAI

Município de Acegua-Rou, possui uma superfície de 825.9 km² e uma população de 1.686 habitantes (2011), adquiriu a condição de Município através do Decreto Nº 11/13 de 15 de abril de 2013, da Junta Departamental de Cerro Largo. Na condição de Município, tem sua organização governada por um “*Alcalde*”, prefeito eleito pela maioria de votos e acompanhado pelos quatro candidatos que o sucederam no pleito, esses participando na condição de “*concejales*”, conselheiros que no máximo a cada quinze dias se reúnem para aprovar os projetos a serem desenvolvidos e prestação de contas dos executados.

O cidadão uruguaio tem direito assegurado em sua Constituição, por meio dos Artigos: 77, 79, 82, 88, 94, 127, 128, 304, 305 e 331, que se referem aos mecanismos de participação cidadã (referendo, plebiscito e sufrágio), suas principais funções são garantir o sufrágio universal, a igualdade de direitos, garantindo a iniciativa popular frente às decisões públicas. Encontra previsão para o controle social nos Art. 30 e 317, onde expressa que todo habitante tem o direito de peticionar qualquer autoridade da República. Quanto à formação de conselhos setoriais, não encontra previsão, sendo o desenvolvimento e controle das políticas locais exercido pelos 4 candidatos derrotados no pleito eleitoral.

3.2 O MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – BRASILEIRO

O Município de Aceguá, RS, emancipado em 16 de abril de 1996, teve suas atividades administrativas iniciadas em 01 de janeiro de 2001. Situado na região da Campanha Gaúcha, Sudoeste Rio-grandense a uma distância de 440 km da Capital do Estado e a 60 km de Bagé,

sua cidade genitora. Aceguá, gêmea da cidade uruguaia de Acegua que possui distâncias similares de Melo (60 Km) e Montevideo/UY (450 km), tem seu limite estrangeiro não demarcado por qualquer obstáculo natural ou edificação, não se mostra como uma divisa e sim como uma linha de ligação, de integração transnacional e por conseguinte seus atores humanos compartilham o cotidiano sem barreiras de qualquer natureza.

3.2.1 Dados Históricos e Geográficos

Conforme dados históricos constantes do processo de emancipação e obtidos no acervo documental da Biblioteca Pública Municipal de Aceguá “Biblioteca Iolanda Abero Sá”, a origem do território aceguaense, registra sua povoação por índios Charruas, Guenoas e Minuanos. Tem como primeiro relato histórico do município o ano de 1660, quando os espanhóis vindos da banda Oriental penetraram pela serra de Aceguá, fundando a redução de Santo André dos Guenoas em 1683. A notícia histórica que se tem a seguir sobre o município é de dezembro de 1753, quando os exércitos portugueses e espanhóis, saindo respectivamente da cidade de Rio Grande e da Colônia do Sacramento, iniciaram a marcha em direção a Santa Tecla. Segundo os diários de marcha, o exército português chegou às cabeceiras do Rio Negro, hoje no Uruguai, onde já estava acampado o exército espanhol.

Depois de uma solenidade militar em terras de Aceguá, os primeiros tiros de canhão eram ouvidos naqueles céus. Os dois generais conversaram até a noite, e devido às promoções de oficiais que ocorreram na solenidade, este local foi denominado Campo das Mercês, que nos dias atuais é o ponto de encontro dos três distritos do município de Aceguá (Colônia Nova, Minuano e Rio Negro). A origem do nome Aceguá na língua tupi-guarani é "*yace-guab*", e possui diversos significados: um deles, lugar de descanso eterno, indicando o local que os indígenas escolhiam para viver seus últimos dias, por ser um lugar alto que proporciona alentadora visão panorâmica da região e proximidade com o céu (provável cemitério indígena); outro significado é "terra alta e fria", características geográfica e climática do local; mais outra interpretação é "seios da lua", por ser local com cerros altos (Serra do Aceguá).

Existe também no folclore popular da região outra explicação para a origem do nome Aceguá, devido aos contrabandistas uruguaios e brasileiros que circulavam com mercadorias pelos caminhos rurais para fugir da fiscalização, "*El Camino de Los Quileros*". Eles, ao passar pelos cerros, escutavam o uivo dos lobos da pequena espécie denominada Guará ou Sorro, e

diziam: “*Hay um bicho que hace guá*”.

A formação de Aceguá resulta do comércio informal entre os dois países. Sua etnia é diversificada, composta por descendentes de portugueses, espanhóis, índios e negros, que formaram o gaúcho nos dois lados da fronteira. Posteriormente a região recebeu a colonização alemã, resultante nas comunidades rurais de Colônia Nova, Colônia Médici e Colônia Pioneira, com hábitos e tradições germânicas. Também recebeu a imigração árabe, com costumes e tradições próprias, que passaram a explorar e dinamizar o comércio local.

A área geográfica de Aceguá pertenceu em passado próximo ao município de Bagé, tendo se emancipado em 16 de abril de 1996. Porém, sua estrutura administrativa tem marco inicial datado de 1 de janeiro de 2001. Aceguá Brasil e Acegua Uruguai, estão localizadas na linha de fronteira, no meio do caminho entre Melo (Uruguai) e Bagé (Brasil), distando aproximadamente 60 km de cada uma, e ao longo de sua história tem sido um exemplo de união entre dois países.

No ano de 1996, pela Lei Estadual n.º 10.766 de 14 de abril de 1996 o distrito de Aceguá foi elevado à categoria de município. Desmembrado do município de Bagé, o município de Aceguá tem seus limites territoriais ao norte com Bagé, ao sul com Acegua-Uruguai, ao leste com Pedras Altas, Candiota e Hulha Negra e a oeste com Bagé, constituindo por quatro distritos, Aceguá (Sede), Rio Negro, Colônia Nova e Minuano. Possui uma área territorial de 1 549,522 km² e uma população de 4.394 hab. (CENSO, 2010), dos quais 2303 são homens e 2091 são mulheres cujo gentílico é aceguaense.

3.2.2 Dados Estatísticos e Econômicos

O Município de Aceguá-RS, de acordo com o Tribunal Superior Eleitoral (2020), teve um eleitorado de 3.757 eleitores aptos a votar nas eleições municipais de 2020. O município de Aceguá, RS, em levantamento sobre a infraestrutura urbana, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta no quesito Território e Ambiente, 82,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 13,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 73 de 497. Assim, estas são algumas características de destaque referentes ao município de Aceguá, RS.

3.2.3 O Poder Executivo Municipal – Estrutura Administrativa

No município de Aceguá-RS, a Administração Pública no âmbito do Poder Executivo Municipal, tem um Prefeito e um Vice-Prefeito eleitos pelo sufrágio universal. O Poder Executivo Municipal é exercido pelo Prefeito, auxiliado pelos Secretários do Município que desenvolvem suas atividades de forma organizada através de uma estrutura administrativa própria e dos órgãos de descentralização administrativa. A estrutura administrativa do Poder Executivo Municipal é organizada e constituída em conformidade com a Lei Municipal Nº 007/2001, pelos seguintes órgãos: Os órgãos de apoio administrativos formados pelo Gabinete do Prefeito, Gabinete do Vice-Prefeito, Procuradoria Jurídica, Secretaria Municipal de Planejamento e Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Administração e Fazenda, Sistema de Controle Interno e Secretaria Geral de Governo.

E por órgãos executivos municipais que são: a Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer, Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo e a Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

3.2.4 Conselhos Municipais em Aceguá

Na institucionalização de mecanismos de participação nas políticas públicas, impulsionada pela CF 88, destaca-se como elemento a descentralização com gestão participativa, a “Constituição Cidadã” que é a expressão da vontade popular, estabeleceu vários veículos para o exercício da cidadania, de acordo com Bugarin; Vieira; Garcia (2003, p. 145):

- a) incentivo ao controle social, ao regular que qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Controle Externo (§ 2º do art. 74);
- b) disponibilidade das contas municipais, por sessenta dias, anualmente, para exame e apreciação dos contribuintes (§ 3º do art. 31);
- c) colaboração da sociedade na promoção e no incentivo à educação (art. 205);
- d) participação da sociedade na organização dos sistemas de saúde (inc. III do art. 198);
- e) participação da sociedade na fixação da política agrícola (art. 187);
- f) participação da comunidade na gestão da seguridade social (inc. VII do art. 194);
- g) colaboração da comunidade na promoção e proteção do patrimônio cultural brasileiro (§ 1º do art. 216);
- h) dever solidário da sociedade para a proteção da criança e do adolescente (art. 227);
- i) estabelecimento de instrumentos legais de participação direta do cidadão na

condução dos assuntos de governo: ação popular (art. 5º), plebiscito (art. 14); iniciativa popular (art. 14, 27, 29 e 61).

Tal descentralização expandiu aos entes municipais a participação da comunidade na formulação e controle das políticas públicas. O controle social no Município de Aceguá, a nível de Conselhos, é exercido sobre as ações e serviços desenvolvidos pelos órgãos governamentais e tem por finalidade orientar, planejar, interpretar e julgar as matérias de sua competência e aos participantes não cabe nenhuma remuneração. Os Conselhos estão previstos na Lei Orgânica de Aceguá, em sua Seção IV, criados por leis específicas atingem o número 13 (treze) Conselhos dispostos conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Relação dos Conselhos Municipais em vigor

Nº	LEI DE CRIAÇÃO	NOMENCLATURA
1	LEI Nº 17/2001	Conselho Municipal de Saúde – CMS
2	LEI Nº 40/2001	Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS
3	LEI Nº 44/2001	Conselho Municipal de Meio Ambiente – CMMA
4	LEI Nº 115/2002	Conselho Municipal de Cultura – CMC
5	LEI Nº 171/2003	Conselho Municipal de Desenvolvimento – COMUDE
6	LEI Nº 187/2003	Conselho Municipal da Criança e do adolescente – COMDICA
7	LEI Nº 209/2003	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – CMSAN
8	LEI Nº 257/2004	Conselho Municipal de Habitação – CMH
9	LEI Nº 362/2005	Conselho Municipal de Cont. e Part. do Programa Bolsa Família.
10	LEI Nº 517/2007	Conselho de Acompanhamento e Controle Social-FUNDEB
11	LEI Nº 614/2008	Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – CMDI
12	LEI Nº 748/2009	Conselho da Alimentação Escolar – CAE
13	LEI Nº 1.667/2018	Conselho Municipal de Educação – CME

Fonte: Elaborada pelos autores.

As atribuições de cada Conselho, sua organização, composição, funcionamento, forma de nomeação de titulares e suplentes de conselheiros, e prazo de duração do mandato têm suas definições nas leis específicas que os criaram. Estas são as principais características político-administrativas do Poder Executivo do município de Aceguá – RS. Ademais, a fim de subsidiar elementos para avançar no tema, segue uma revisão teórica sobre o Controle Social exercido pelos Conselhos de Saúde Municipais.

Toda a construção desta pesquisa seguiu um percurso metodológico que envolveu uma pesquisa bibliográfica em livros, teses, dissertações, artigos, leis, resoluções e autores que discorrem sobre a temática pesquisada. Após uma breve aproximação com os municípios de Aceguá brasileiro e uruguaio, políticas e financiamento do sistema público de saúde e da previsão de seus controles institucionais e sociais, em busca de expandir o conhecimento que

constitui a presente pesquisa, será explanado o procedimento metodológico que se utilizou para a pesquisa de campo deste estudo.

3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa desenvolvida é do tipo exploratória quanto aos seus objetivos e um de estudo de caso do ponto de vista dos procedimentos técnicos, com abordagem qualitativa do problema. Para tanto, foi realizada uma pesquisa documental, que se desenvolveu pela apropriação dos conteúdos das atas, documentos, relatórios físicos e eletrônicos disponibilizados pelo CMS, pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Aceguá e pela observação presencial por dois meses das atividades no CMS, em suas reuniões mensais. Deste modo triangularam-se diferentes fontes de evidências para formação e confirmação dos resultados encontrados.

Segundo os objetivos a pesquisa se classifica como uma pesquisa do tipo exploratória. De acordo com Gil (2018, p.138) é “a fase exploratória costuma caracterizar-se pela imersão sistemática na literatura disponível acerca do problema”, neste momento da pesquisa ocorre a inserção na temática de modo a promover robustez a pesquisa, pelo compartilhamento de conhecimento com autores e com fontes secundárias de dados, além da percepção do pesquisador sobre o contexto estudado.

No que se refere aos procedimentos de coleta, caracteriza-se como estudo de caso, em que privilegiou um caso particular, uma unidade significativa, considerada suficiente para a análise de um fenômeno, no caso, o Conselho Municipal de Saúde. Gonçalves assinala: “É importante destacar que, no geral, o estudo de caso, ao realizar um exame minucioso de uma experiência, objetiva colaborar na tomada de decisões sobre o problema estudado, indicando as possibilidades para sua modificação” (GONÇALVES, 2005, p. 68).

Quanto a abordagem do problema trata-se de uma pesquisa qualitativa, que segundo Fregoneze et al. (2014, p.18) “A pesquisa qualitativa é basicamente aquela que busca entender um fenômeno específico em profundidade. Nela o pesquisador imerge no ambiente natural como fonte direta para coleta de dados”.

Conforme referendam Martins; Theóphilo (2007, p. 135), as pesquisas qualitativas “pedem descrições, compreensões e análises de informações, fatos, ocorrências que naturalmente não são expressas por números”.

3.4 CENÁRIO DA PESQUISA

Após a definição do tipo da pesquisa e sua abordagem com lócus de pesquisa, no Conselho Municipal de Saúde de Aceguá e sua atuação no controle e acompanhamento das ASPS. A pesquisa documental abrangeu o recorte do período de 2018 e 2019.

Com o propósito de coletar dados primários, foi utilizado o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), amparado pela Lei Federal nº 12.527, sancionada em 18 de novembro de 2011, a chamada Lei de Acesso à Informação (LAI), no qual, demandas foram registradas com base em um roteiro norteador originado do referencial teórico constante do quadro resumo da base conceitual e utilizados na codificação das coletas apuradas. No contexto municipal o amparo legal para o pedido se alicerçou na Lei Municipal Nº 1569, de 26/10/2017 que regula o acesso à informação no âmbito do Município de Aceguá. Para os dados secundários foram consultadas as documentações físicas disponíveis no acervo do CMS e Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, fundamentais para a pesquisa. As informações obtidas pela observação das reuniões do CMS buscaram captar diretamente o exercício do controle social desenvolvido pelo Conselho sem a intermediação de documentos ou interlocutores.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a identificação do pesquisador e do propósito da aplicação da pesquisa, do tratamento e divulgação de informações, o pesquisador solicitou via portal de acesso a informações da Prefeitura Municipal de Aceguá, pedido de informações utilizando um roteiro norteador com questões fechadas e abertas. O conjunto de dados coletados se consolidaram em fontes de evidência e contribuíram para verificar a estrutura do Conselho, as temáticas debatidas e a efetividade no controle social exercido pelo CMS. Conforme Sardenberg, “Na era da Internet, o Governo deve promover a universalização do acesso e o uso crescente dos meios eletrônicos de informação para gerar uma administração eficiente e transparente em todos os níveis” (SARDENBERG, 2000, p. 5). Para De Carli; Bôries Fachin (2013, p.10), a LAI representa um importante passo para a democracia brasileira. A LAI poderá fazer uma grande diferença e contribuir para o avanço mais rápido no desenvolvimento de novas pesquisas devido o acesso às informações proporcionadas por ela.

A solicitação de informações utilizando o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), se consolidou com o cadastramento do “Registro de pedido de informação” no qual o limitante de caracteres, permitiu o cadastramento de no máximo 2000 caracteres por registro, não tendo a possibilidade de anexar arquivos ao registro ofertado. Restrição que exigiu a divisão dos questionamentos em blocos, obtendo a resposta por meio de e-mail. Os dados documentais, foram obtidos no acervo documental do CMS, disponibilizados pelo Secretário do CMS e na Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, franqueados pelo Diretor Administrativo da Secretaria, bem como em acesso a “websites” oficiais de órgãos governamentais, suas publicações e divulgações periódicas. Para a tabulação dos dados foram utilizados os softwares, do pacote “*Microsoft Office*”, especificamente o “*Word*” e o “*Excel*”.

A observação das reuniões ordinárias mensais por dois meses, aconteceram na posição de ouvinte, de forma não participante, segundo Richardson (et. al., 2007, p. 26) “aqui o pesquisador atua como espectador atento”. Para amparar as dimensões conceituais e o roteiro norteador da pesquisa, as bases conceituais, presentes no referencial teórico, foram agrupadas em três constructos: Estrutura – Temáticas – Efetividade.

3.5.1 Base conceitual Dimensão Estrutura

Os Conselhos Municipais de Saúde possuem uma composição eclética quanto a própria institucionalização, constituída por metade do colegiado oriundo de entidades representantes dos usuários, e os outros 50% divididos entre entidades representantes dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde. No Brasil e, por conseguinte, em Aceguá, existem mais conselheiros do que vereadores, tal realidade se apresenta como o exercício democrático por meio de representantes indicados ou eleitos com seu processo de participação no Conselho de políticas públicas, bem como, suas competências definidas por legislação própria (Leis e Regimentos).

Esta pesquisa se baseou em conceitos constantes do referencial teórico, que foram divididos por dimensões, o que no Quadro 4, Base Conceitual – Estrutura do Conselho, é apresentada em relação ao constructo¹⁰ Estrutura.

¹⁰ Constructos são denominações abstratas, intencionais, construídas, inventadas, visando a referenciar os objetos teoricamente, relacioná-los a outros dados já objetivados e possibilitar a operacionalização das mensurações necessárias. (FREITAS, p. 105, 1994)

Quadro 4 – Base conceitual – Desenho do Conselho.

Perspectivas teóricas – Constructo – Estrutura	Base teórica
Uma nova espécie de contrato social insere-se no âmago do processo de desenvolvimento democrático entre governantes e governados, na qual os últimos conferem poder aos primeiros, mas exigem transparência e responsabilidade em troca.	MILESKI, 2003
[...]um espaço de encontro entre a sociedade civil e o Estado, onde se manifesta a democracia, a flexibilidade, o envolvimento e a comunicação entre os participantes, ou seja, espaços de representação plural, para que a sociedade e o governo possam negociar, disputar e compartilhar responsabilidades na produção de políticas públicas em áreas específicas.	DIEGUES, 2013, p. 86
Os conselhos são instâncias colegiadas em que a participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das ações de gestão pública é indicada. Na prática, significa definir diretrizes, realizar diagnósticos, indicar prioridades, definir programas e ações, avaliar os objetivos, processos e resultados obtidos.	RICCI, 2009
Essa desconcentração da capacidade de atuar tem por fim, garantir que os objetivos sejam alcançados da forma mais eficiente possível.	CASTRO, 2009
No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais.	COSTA, p. 17, 2003
O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.	Lei Federal Nº 8.142/1990 Art. 4º
IV – o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;	Resolução n.º 453/2012 do CNS, confirmou o que a Resolução n.º 333/03
V – as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.	
O Conselho de Saúde é o local em que o sujeito social tem a oportunidade de colaborar de forma ativa nas decisões do sistema de saúde pública, uma conquista que advém da criação do SUS e precisa ser construída a cada dia, contando com a participação voluntária de cada Conselheiro.	BALCÃO, 2003
O CMS, tanto impulsiona o debate na cidade sobre a questão da saúde quanto torna-se, ele mesmo, uma caixa de ressonância das disputas existentes na sociedade civil para estabelecer as dimensões da atenção do Estado à saúde.	
A instituição e efetivo funcionamento dos conselhos setoriais, de caráter permanente e deliberativos, com composição paritária entre governo e sociedade civil.	Lei nº 8.080 de 19/09/90 e Lei nº 8.142 de 28/12/90
Preceitua que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes	CF 88, Art. 198, II

Fonte: Elaborado pelo autor.

O propósito basilar da dimensão Estrutura do Conselho foi a de verificação de seu desenho institucional, regras e atendimento aos preceitos que o regem.

3.5.2 Base conceitual Constructo Temáticas

Concomitantemente à verificação da estrutura do CMS, foram observadas as temáticas abordadas e sua compreensão pelo Conselho. Para Lock, (2012), a conclusão indica que “não há entendimento dos dados orçamentários por parte dos atores do desenvolvimento, os quais têm interesse e necessidade em receber informações sobre a execução orçamentária, porém, a linguagem técnica e formato utilizados nos demonstrativos causam desinteresse e não entendimento dos dados gerados pela Contabilidade”. Assim como Duarte e Machado (2012, p. 9), colocam em evidência a necessária capacidade do conselheiro para compreender e daí participar, eles precisam de aptidões mínimas que tornem isso possível. “Essas aptidões envolvem desde capacidade mínima de compreensão textual e conhecimento básico dos princípios e funcionamento do SUS, até a postura democrática necessária às discussões coletivas”.

Em relação ao construto Temáticas abordadas, a verificação do direito à saúde, da origem do financiamento das ASPS e de indicadores fiscais e de desempenho foram compilados no Quadro 4, onde é apresentado o resumo conceitual pesquisado em relação ao construto Temáticas.

Quadro 5 – Base conceitual – Temáticas abordadas

(continua)

Perspectivas teóricas – Constructo Temáticas	Base teórica
[...] saúde, como sendo direito de todos e dever do Estado.	CF 88, Art. 196
[...] a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício[...]	Lei 8080, Art, 2º
[...] Sistema Único de Saúde (SUS), instrumentalizou a máquina pública para desenvolver as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social.	Lei 8080, Art, 2º
[...] para garantir uma maior autonomia financeira dos Governos subnacionais em relação ao Governo central, que pode ser utilizado como instrumento de organização política para se combater as desigualdades entre as regiões.	SOARES; MACHADO, 2018, p. 28; ENAP, 2017, p. 07
Dispôs sobre os valores mínimos, critérios de rateio dos recursos e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde	Lei Complementar Federal Nº 141, de 13/01/12
Avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.	Lei Complementar Federal Nº 141, II de

	13/01/12
--	----------

Quadro 5 – Base conceitual – Temáticas abordadas

(conclusão)

Perspectivas teóricas – Constructo Temáticas	Base teórica
O que integra o Relatório de Gestão do SUS, a ser apreciado pelo colegiado definindo o prazo até o dia 30 de março do ano subsequente a execução das ASPS, a emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;	LC 141, Art. 36
II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;	
III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.	
Administração Pública no Estado Democrático de Direito tem como dever promover o bem-estar social através da implementação de políticas sociais destinadas a reduzir as necessidades e riscos sociais e garantir ao cidadão mais acesso a recursos e benefícios.	ROBERTO et al. 2016
O acesso às ASPS é gratuito, isto é, não será cobrado diretamente do cidadão nenhum valor, total ou parcial, referente a serviços prestados por meio do SUS	Lei 8.080/90, art. 43
As melhorias nas condições de saúde da população brasileira nas últimas décadas são atribuídas a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde e à reforma setorial que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).	VIEIRA E BENEVIDES, p. 02, 2016
Organizou a rede de ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em conformidade com diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.	CF 88, Art. 198
Construir um quadro teórico de desempenho de sistemas de saúde não é uma atividade simples nem um exercício acadêmico neutro, mas deve capturar tanto noções administrativas quanto políticas. Por isso, a construção de muitos quadros de desempenho baseia-se em processos de desenvolvimento que incluem os principais grupos de interessados (<i>stakeholders</i>).	KLAZINGA, 2010, p. 10; CARNUT; NARVAL, 2016, p. 11
As entrevistas e observações em campo indicam que não há entendimento dos dados orçamentários por parte dos atores do desenvolvimento, os quais têm interesse e necessidade em receber informações sobre a execução orçamentária, porém, a linguagem técnica e formato utilizados nos demonstrativos causam desinteresse e não entendimento dos dados gerados pela Contabilidade.	LOCK, F. N. p. 08, 2012
Os resultados das gestões públicas, além de serem evidenciados nos demonstrativos elaborados pela contabilidade pública, devem ser analisados e interpretados. Neste sentido, os índices de desempenho, os indicadores sociais, elaborados com base nesses e em outros resultados sociais, podem servir para avaliar as políticas públicas.	SILVA, BORGES E SILVA, p. 01, 2015
A gestão pública tem buscado alicerçar seu gerenciamento por meio de indicadores de desempenho formados por itens, índices, resultados, taxas que buscam apresentar qualitativamente o resultado da administração, objetivando comparar o previamente definido	COELHO, p. 68, 2010
Estimar em que medida as ações governamentais produzem os seus efeitos esperados é um dos principais desafios enfrentados por estudiosos do assunto e formuladores de políticas públicas.	FIGUEIREDO FILHO et al (2013)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao construto Temáticas abordadas, a verificação do direito à saúde, da origem do financiamento das ASPS e de indicadores fiscais e de desempenho foram pesquisados.

3.5.3 Base conceitual Constructo Efetividade

Em busca de indícios de efetividade do Conselho Municipal de Saúde em Aceguá, a proposição, debate e decisão, foram atributos que fundamentados nos conceitos no quadro 6, foram pesquisados.

Quadro 6 – Base conceitual – Indícios de Efetividade do Conselho.

(continua)

Perspectivas teóricas – Dimensão Indícios	Base teórica
[...] grande processo de transformação, através da participação nas decisões que lhe afetam diretamente e da fiscalização das ações administrativas dos governantes locais.	(LOCK, p. 128, 2004)
A participação popular colabora para a formação das normas jurídicas estatais, enquanto que a finalidade do Controle Social é outra, isto é, aproveitar as regras previamente elaboradas para submeter o Estado a uma posição de submissão ao cidadão, controlador de seus atos.	SIRAQUE (2004, p.100)
[...] que não se trata de abordar o controle social tão-somente como um fenômeno revelador da incidência do cidadão sobre a administração como ação estritamente fiscalizadora e sancionadora, nos limites e possibilidades que o ordenamento político e social permite, mas como uma relação de mútuo envolvimento e comprometimento na construção do interesse público, envolvendo diferentes segmentos da sociedade, cada um segundo suas necessidades e respeitadas as suas especificidades.	BERGUE, p. 6, 2012
A participação popular enquanto princípio constitucional ocorre quando o cidadão, sem interesse individual imediato, tem como objetivo o interesse comum, buscando algo por vias administrativas ou judiciais. Ou seja, é o direito de participação política, de decidir junto, de compartilhar a administração, opinar sobre as prioridades e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos, confirmar, reformar ou anular atos públicos.	LOCK, 2004
[...]conjuntura favorável à participação da sociedade nos processos de tomada das decisões políticas fundamentais ao bem-estar da população.	CGU, 2012
Conforme a Controladoria Geral da União, é essencial que ocorra a participação dos cidadãos e da sociedade organizada no monitoramento do gasto público, avaliando incessantemente as ações governamentais e reivindicando a adequada aplicação dos recursos públicos. Isso se chama "controle social".	CGU, 2012
O controle social é a capacidade que a sociedade organizada possui de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, estado ou do Governo Federal	CUNHA, 2003

[...]a antecipação aos atos de corrupção, evitando o correr atrás do prejuízo gerado ao erário público, exige uma atuação proativa e prévia à aplicação dos recursos públicos, mais eficaz ao interesse do cidadão, propiciando a mobilização da comunidade local para exercer o acompanhamento e a fiscalização <i>pari passu</i> de toda a ação do governo.	NUNES, 2011
O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública.	CGU p. 16, 2012
Todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados por seu Conselho	EC Nº 29/2000, Art. 7º, parágrafo 3º.

Quadro 6 – Base conceitual – Índícios de Efetividade do Conselho.

(conclusão)

Perspectivas teóricas – Dimensão Índícios	Base teórica
§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.	EC Nº 29/2000, Art. 77,
SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.	TCU, p.50, 2015
O acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.	RAICHELIS, 2000, p. 54

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tendo em vista os atributos salientados pelos autores elencados no quadro acima, a efetividade na participação requer não somente a presença física e sim de representatividade e debate na formação e acompanhamentos das políticas públicas sanitárias.

Tendo com objetivo geral, explicitar de que maneira ocorreu o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde no Município de Aceguá-RS, considerando o recorte temporal dos anos de 2018 e 2019, a busca dos objetivos específicos se conectam aos constructos construídos lastreados nos referenciais teóricos pesquisas e sintetizados no quadro 7.

Quadro 7 – Ligação dos constructos aos objetivos.

Parte	Constructo	Estrutura	Propósito
1	Estrutura	Desenho institucional do Conselho	Verificar se a estruturação do CMS se encontra em conformidade com o desenho institucional previsto
2	Temáticas	Direito à saúde, seu	Mapear as temáticas debatidas nos encontros sobre

		custeio e resultados auferidos por indicadores fiscais e de desempenho	as Ações e Serviços Públicos em Saúde
3	Indícios de Efetividade	Controle Social	Levantar indícios de efetividade no controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em busca de ligar os constructos pesquisados aos objetivos perseguidos, ambos foram conectados e utilizados como matriz de trabalho na procura de evidências confirmatórias ou não de sua efetividade.

Concebido com os propósitos em consonância com os objetivos da presente pesquisa, o plano de ação adotado para a coleta de dados encontra-se projetado no Quadro 8.

Quadro 8 – Plano de ação que coletou os dados.

O que?	Pedido de Informações via LAI	Pesquisa documental	Observação
Por quê?	Informações referentes à estrutura do Conselho e verificação das temáticas e participação dos segmentos no CMS.	Contribuir na análise e interpretação dos dados	Busca de percepção livre de intermediação de documentos ou interlocutores
Quem?	O autor	O autor	O autor
Como?	Utilizando a internet via link disponível no website da Prefeitura de Aceguá,	Acessando o acervo do CMS, SMSAS e páginas de instituições oficiais junto a internet.	Participando como ouvinte em reuniões
Quando?	No mês de maio de 2021	No período de 10/2020 a 08/2021	Reuniões entre os meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021
Onde?	Portal da Prefeitura Municipal de Aceguá	Na sala de reuniões do CMS	Na sala de reuniões da Secretaria de Planejamento
Quanto?	Absorvido pelo autor	Absorvido pelo autor	Absorvido pelo autor

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como forma de tornar o planejamento das coletas de dados replicável, propôs-se um modelo de plano de ação construído com base na ferramenta de controle de qualidade 5W2H¹¹. O método consistiu em responder às perguntas por fonte de arrecadação de dados através da resposta a sete perguntas propostas pela ferramenta.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

¹¹ Define o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área da empresa, todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita e qual o custo recairá para a empresa (ONA, 2017).

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida por meio de diferentes técnicas de coleta, envolvendo observação direta, utilização de correio eletrônico, consulta em páginas da internet e pesquisa em documentos como registros em atas e relatórios, produções de dados que tiveram tratamento detalhado conforme síntese abaixo discriminada.

3.6.1 Tratamento dos dados

Os dados das questões fechadas e abertas do pedido de informações enviado via portal do cidadão, da observação através da participação nas reuniões do Conselho e os da análise documental foram tratados separadamente, com base no método da análise de conteúdo (VERGARA, 2008). Quanto a análise das perguntas abertas, tiveram para a interpretação subjetiva do conteúdo dos dados, um processo sistemático de codificação e identificação de temas ou padrões (HSIEH; SHANON, 2005), onde em grade aberta ou fechada, a depender da pergunta foram lapidados com o auxílio do editor de planilhas Microsoft® Office – excel onde se realizou a tabulação dos resultados, através de tabelas e gráficos.

3.6.2 Análise e interpretação dos dados

O processo de análise de dados é definido por Kerlinger (1980, p. 353) como “a categorização, ordenação, manipulação e sumarização de dados” e tem por objetivo reduzir grandes quantidades de dados brutos a uma forma interpretável e mensurável. Após o levantamento das evidências, os dados foram distribuídos em um quadro resumo do modelo pelas categorias pré-definidas, e as que emergiram durante a investigação. A extração dos fatos mais e menos significativos estão dispostos e lastreados em autores e referenciais teóricos, em busca dos objetivos primários e secundários que referendam essa pesquisa de mestrado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, são dispostas as estruturas analíticas da rede de atenção à saúde disponível para os municípios fronteiriços, seus índices fiscais sanitários e indicadores de efetividade auferidos pelo TCE-RS e Firjan.

Por fim, no último tópico, são apresentadas as informações levantadas de acordo com a metodologia projetada em busca de explicitar de que maneira ocorreu o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde no Município de Aceguá, culminando em seis partes a seguir dispostas: 1) Análise da estrutura organizacional do CMS; 2) Segmentos representados no CMS; 3) Formação da plenária e designação de assessoria técnica; 4) Regimento interno do CMS; 5) Mapeamento das temáticas abordadas no CMS e dos indícios de efetividade do Conselho nas ASPS.

4.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS¹² – MUNICÍPIO DE ACEGUÁ

De acordo com o website da Secretaria de Atenção Básica, pertencente ao Ministério da Saúde (2021), a “Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde[...]”.

Aceguá, para oferecer atendimento a uma população brasileira residente majoritariamente no meio rural e considerando a convergência de uruguaios para o atendimento no lado brasileiro, tem sua estruturação de atendimento à saúde desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na sede municipal. Além disso, possui um Posto de Saúde dentro de um hospital rural, no Distrito de Colônia Nova, uma Unidade Móvel de Saúde itinerante e um Serviço Médico de Urgência-SAMU.

Ao se observar a Figura 2 “ROTEIRO DA UNIDADE MÓVEL”, verifica-se que algumas localidades rurais, com densidade demográfica maior, recebem atendimento

¹² Redes de Atenção à Saúde (RAS) – estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, PORTARIA Nº 2.436, de 21/09/2017).

preventivo por meio de uma Unidade Móvel de Saúde. A unidade atende em pontos pré-definidos, periodicidade mensal e com cronograma divulgado via rede social e rádios comunitárias, além da divulgação por parte dos Agentes Comunitários de Saúde.

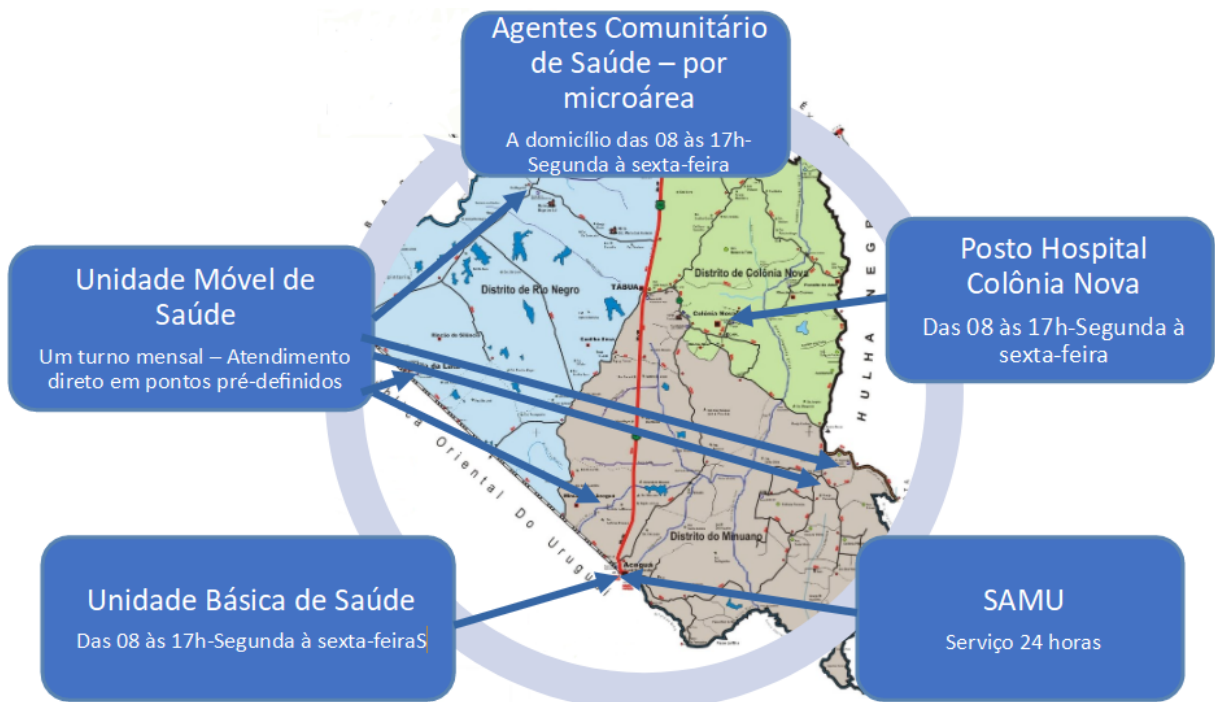
Figura 2 – Roteiro Unidade Móvel – Fevereiro/2018 e Abril/2019.

ROTEIRO UNIDADE MÓVEL			ROTEIRO UNIDADE MÓVEL		
Data	Turno	Localidade	Data	Turno	Localidade
03/04/19	Manhã	Assent. Jaguarão (Igreja São Sebastião)	07/02/18	Manhã	Assent. Jaguarão (Igreja São Sebastião)
03/04/19	Tarde	Assent. Jaguarão (Escola)	07/02/18	Tarde	Assent. Jaguarão (Escola)
10/04/19	Manhã	Vila da Lata	14/02/18	Manhã	Vila da Lata
10/04/19	Tarde	Minuano do Aceguá	14/02/18	Tarde	Minuano do Aceguá
17/04/19	Manhã	Santa Vitória (Sede Tamanduá)	21/02/18	Manhã	Santa Vitória (Sede Tamanduá)
17/04/19	Tarde		21/02/18	Tarde	
24/04/19	Tarde	Espantoso (Centro Comunitário)	28/02/18	Tarde	Espantoso (Centro Comunitário)

Fonte: Acervo de documentos do ESF – Prefeitura Municipal de Aceguá

Devidamente apropriados pelos dados iniciais foi elaborado um mapa de localização (Figura 3) dos principais pontos de atendimento sanitário ao cidadão, bem como, os horários disponíveis para o seu acesso.

Figura 3 – Mapa de localização dos principais pontos de atendimento sanitário ao cidadão.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A porta de entrada para os usuários do SUS tem ligação direta com o município, local onde vivem as pessoas, e nela conforme a Política Nacional de Atenção Básica¹³, se desenvolve a Estratégia Saúde da Família visando a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, instituído em Aceguá pela Lei Nº 269/2004, dessa forma o Programa de Saúde da Família é desenvolvido por uma equipe composta de:

- I – um médico;
- II – um enfermeiro;
- III – um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- IV – onze agentes comunitários¹⁴;
- V – um odontólogo,
- VI – um auxiliar de consultório dentário.

Além de oferecer atendimento preventivo com os Postos de Saúde e Equipe de Saúde da Família, os atendimentos de urgência e emergência são executados por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O SAMU instituído pela Lei Municipal Nº 936/2011, objetivando prover a captação de recursos materiais, humanos e financeiros, a racionalização de providências nos serviços e ações de saúde através da implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências por meio dos serviços de atendimento Móvel Urgência. Com estrutura de pessoal própria composta por quatro técnicos de enfermagem e quatro motoristas especializados em transporte de urgência e emergência, sob direção de um enfermeiro, oferece atendimento 24 horas, atendendo inclusive o meio rural municipal.

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017

¹⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Brasília, 2020. População estimada/projetada. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/acegua/panorama>>. Acesso em: 17/04/2020

4.1.1 O quanto é investido em ASPS no município de Aceguá

Segundo Pimentel (2017, p. 316) “o Brasil apresenta baixa participação de financiamento público à saúde (46%), em comparação com outros países com sistemas similares, que superam 60%”. O elenco de receitas de impostos e transferências disponíveis aos entes municipais para o custeio de suas políticas públicas, num primeiro momento, parece extenso, porém sua dimensão a título de financiamento é diminuta comparada a amplitude da universalidade dos serviços e ações de saúde pública.

Prevista na Lei Orgânica de Aceguá, que em seu Art. 145 apresenta a saúde como direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário, e às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Tem sido financiada com recurso oriundos das receitas provenientes da geração própria de impostos e da transferência advinda das outras esferas governamentais. Em consonância com o inciso III do artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (acrescido pela EC nº 29, de 13-09-2000), apresenta-se no Quadro 9 os percentuais auferidos durante a última década, de forma a verificar se o preceituado pela Constituição vem sendo alcançado.

Quadro 9 – Cálculo de Aplicação em ASPS

Exercício	Total da Aplicação em ASPS	Receita Líquida de Impostos e Transferências	Índice de Aplicação em ASPS (%)
2010	1.852.163,25	10.709.761,81	17,29
2011	2.076.577,70	12.533.594,80	16,57
2012	2.383.845,74	14.245.287,12	16,73
2013	3.129.372,52	16.241.580,78	19,27
2014	3.197.563,98	16.555.715,56	19,31
2015	3.291.888,17	19.470.256,28	16,91
2016	3.906.065,15	20.406.593,01	19,14
2017	4.444.085,34	21.609.205,48	20,57
2018	4.156.492,48	23.598.214,89	17,61
2019	4.530.409,32	25.911.482,83	17,48
2020	4.238.886,28	26.683.937,21	15,89

Fonte: TCE – RS Elaborado pelo autor.

Da leitura dos dados apresentados, é vista uma oscilação no dispêndio com saúde pública em Aceguá. Ao corrigir o valor aplicado em ASPS no ano de 2018 (R\$ 4.156.492,32) utilizando o IGP-DI¹⁵ que é de 67,12% até o mês de dezembro de 2021, chega-se ao valor de

¹⁵ A atualização referida dar-se-á, pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna – IGP-DI, nos termos do

R\$ 6.946.341,46, sendo que, o valor aplicado no exercício financeiro de 2019 (4.530.409,32), corrigido até dezembro de 2021, no percentual de 56,04% é de R\$ 7.069.175,05. Valores que ultrapassam o percentual mínimo constitucional de 15% em despesas com ASPS, comparando com a receita resultante de impostos e transferências, é perceptível que o percentual vem oscilando no decorrer do decênio. Quando se adiciona para a análise o componente população, com as projeções de demanda disponíveis pelo IBGE, observa-se o resultado médio por cidadão aceguaense, conforme tabela 3.

Quadro 10 – Evolução per capita dos dispêndios em ASPS/ 2018/2019

Dispêndio ASPS	Valores atualizados IGP-DI	População ¹⁶	Per Capita
Exercício Financeiro 2018	R\$ 6.946.341,46	4901	R\$ 1.417,33
Exercício Financeiro 2019	R\$ 7.069.175,05	4901	R\$ 1.442,39

Fonte: Elaborado pelo autor.

Significa dizer que em 2018 ocorria uma destinação de R\$ 1.417,33 por habitante/ano (valores corrigidos) e em 2019 de R\$ 1.442,39, uma destinação maior em 1,76%, por cidadão aceguaense, o que espelha uma estabilidade municipal no recebimento do financiamento da atenção primária, mesmo com a alteração em sua política de financiamento, que passou a valorizar a atingimento de metas em detrimento da disponibilização de estrutura e serviços. A simples análise do percentual empregado em dispêndios de ASPS não reflete necessariamente a realidade sanitária disponibilizada para os usuários do SUS, configurando-se em um indicador fiscal que busca o atingimento do preceito constitucional de no mínimo 15% de dispêndios em ASPS e não de efetividade de política pública. Conforme Coelho, 2010 e Lock, 2012, os demonstrativos e por conseguinte, o que eles demonstram com a tecnicidade presente não facilita o entendimento dos leigos, sendo inclusive de difícil entendimento por técnicos da área, o que levou a necessidade de transformação das informações técnicas em material palpável por meio de indicadores de desempenho, o que para entendimento são pesquisados nos tópicos 4.3.2 Avaliação de desempenho IEGP e 4.3.3 Avaliação de desempenho FIRJAN.

disposto na Instrução Normativa TCE/RS nº 02/2004.

¹⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Brasília, 2020. População/estimada/projetada. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/acegua/panorama>>. Acesso em: 17/04/2020

4.1.2 Avaliação de desempenho IEGP – Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul em relação às ASPS em Aceguá

Em busca das avaliações correspondentes ao Município de Aceguá, por meio de consulta ao banco de dados aberto do TCE-RS, estão disponibilizados os registros de 4 anos de aplicação da metodologia (2015-2018), demonstrando a preocupação da corte de contas, no que se refere a tradução dos resultados alcançados pelos municípios de forma que a sociedade tenha uma maior aproximação com o que a gestão desenvolve em termos de ASPS. Embora para a evidenciação dos resultados auferidos nos exercícios financeiros de 2018 e 2019, este último não tem sua aferição disponibilizada, tolhendo a sociedade de informações mais acessíveis e próximas do exercício pesquisado ou mesmo do exercício em curso, se distancia os indicadores do momento vivenciado. Para o Município de Aceguá foram encontrados a seguinte série histórica (Quadro 11):

Quadro 11 – Série Histórica Resultado IEGM – i-saúde Aceguá.

Ano	Resultado	Altamente Efetiva (\geq a 90%)
2015	Efetiva	Muita Efetiva (entre 75% e 89,9%)
2016	Muito Efetiva	Efetiva (entre 60% e 74,9%)
2017	Efetiva	Em fase de Adequação (entre 50% e 59,9%)
2018	Efetiva	Baixo nível de adequação (\leq a 49,9%)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Se observa que os dados disponibilizados pelo Órgão de controle externo, o TCE-RS, posiciona o Município de Aceguá no centro em termos de resultados aferidos, sendo que em 75% dos períodos avaliados atingiu a marca de Efetivo, ficando entre 60 e 74,9% de efetividade e no exercício de 2018, obteve o resultado de Efetiva nos parâmetros do TCE-RS.

Destaca-se ainda que os dados são disponibilizados extemporaneamente às ações, sendo uma ferramenta para avaliação das ações com um déficit temporal de 2 anos. Na ótica de Nunes (2011), servidor público do próprio TCE, o ideal seria o controle prévio ou concomitante, promovendo assim a antecipação da aplicação dos recursos públicos na política de saúde pública, ótica que de fato é demonstrada com déficit temporal para o cidadão.

4.1.3 Avaliação de desempenho FIRJAN

O IFDM Saúde tem foco na saúde básica e contempla indicadores cujo controle é de competência municipal, tais como: proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internações sensíveis à atenção básica. Alicerçado em banco de dados oficiais, apresenta-se como o mais antigo banco de dados avaliativo de políticas municipais, encontrado na internet, iniciando suas avaliações no ano de 2005, assim como o IGPM – TCE-RS, também tem defasagem temporal, pois em 2021, só se tem acesso a avaliação correspondente ao ano de 2016. Tal fato prejudica o seu uso concomitante com a execução, servindo como referencial tanto para o gestor quanto para o controle social, pois permite a leitura dos resultados numa variação 0 a 1, ao passo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento da localidade.

A metodologia do IFDM – Saúde, possibilita determinar com precisão se há melhora ou piora relativa ocorrida em determinado município decorrente da adoção de políticas específicas, ou se o resultado obtido é apenas reflexo da queda dos demais municípios, do estado ou da nação. Calculado com variáveis da dimensão baseadas nas médias do último triênio em relação ao ano de referência. O mesmo também busca minimizar a volatilidade característica dos dados de saúde, evitando grandes variações de um ano para outro. Os desempenhos anuais são apresentados no Quadro 12:

Quadro 12 – Série Histórica Resultado IFDM Saúde – Aceguá

Ano	Desempenho
2005	0,5501
2006	0,6711
2007	0,7435
2008	0,7114
2009	0,7221
2010	0,6581
2011	0,7490
2012	0,7888
2013	0,8137
2014	0,8058
2015	0,7728
2016	0,7872

Escala de desempenho – FIRJAN

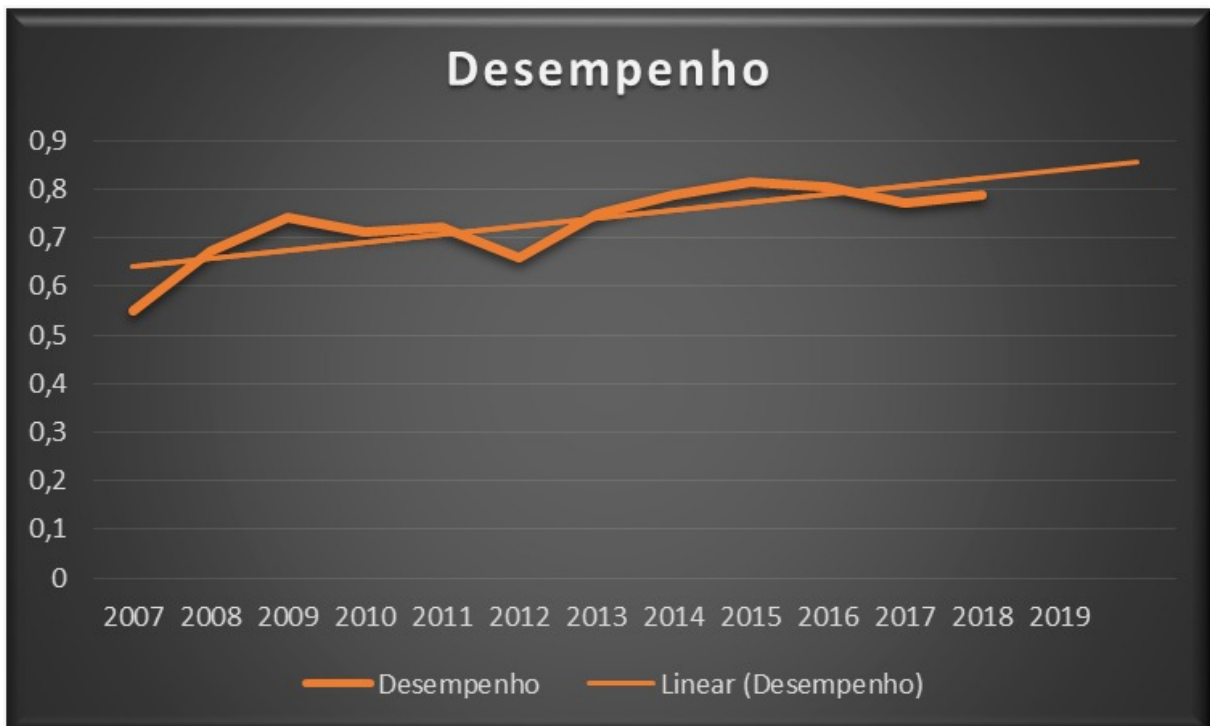
- Alto desenvolvimento (superiores a 0,8 pontos);
- Desenvolvimento moderado (entre 0,6 e 0,8 pontos);
- Desenvolvimento regular (entre 0,4 e 0,6 pontos),
- Baixo desenvolvimento (inferiores a 0,4 pontos).

Fonte: Consulta pública, website FIRJAN – elaborada pelos autores.

O franqueamento de dados por 12 anos, com o auxílio do programa excel, permitiu a projeção dos anos não disponibilizados pela FIRJAN, tornando a análise da tendência linear um indicador de que o desempenho encontra-se numa crescente, demonstrando que o Município deverá se manter na faixa de desempenho Moderado. Como podemos visualizar na

Figura 4.

Figura 4 – Gráfico da Série Histórica Resultado IFDM Saúde – Aceguá



Fonte: Site FIRJAN – Elaboração pelos autores.

Conforme os dados na escala prevista de 0 a 1, durante o período que os dados estão disponíveis (12 anos), o município esteve apenas em uma avaliação com desempenho categorizado como “Regular”, se manteve com 75% das avaliações em “Desenvolvimento Moderado”, com indicador entre 0,6 e 0,8 pontos percentuais. Nos anos de 2013 e 2014, a cidade superou o resultado de 0,8%, classificando-se como “Alto Desempenho”.

4.2 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ACEGUÁ

O Conselho Municipal de Saúde de Aceguá foi criado em 28 de fevereiro de 2001 pela promulgação da Lei Municipal nº 17/2001. O referido Conselho é órgão colegiado e permanente, com caráter deliberativo e de cooperação, possuindo autonomia administrativa que tem por finalidade auxiliar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no município. O CMS, tem sua estrutura funcional constituída pela Plenária, Secretaria Executiva do Conselho e Assessoria Técnica.

O CMS de Aceguá é composto por representantes com direito a voz e voto, dessa forma, são indicados ou eleitos pelos órgãos, entidades e categorias obedecida a seguinte

proporção de conselheiros: 12,5% representando os Órgãos Públicos, 25% os Prestadores de Serviços, 12,5% por Profissionais da Área de Saúde e 50% os Usuários do Serviço de Saúde. Os representantes titulares e suplentes dos órgãos públicos e entidades são, por estes, escolhidos segundo critérios de escolha e indicação próprios; os representantes de categorias e do conjunto de várias entidades devem ser eleitos nas assembleias respectivas (§ 6º do Art, 5º da LM 17/2001).

Ainda sobre a composição do CMS, de acordo com Lei Municipal N 17/2001, o Art. 8º prevê uma Secretaria Executiva do Conselho, instância responsável pela execução das decisões tomadas pela Plenária do Conselho. A Plenária é composta por um Presidente, um 1º Secretário e um Diretor de Finanças, com mandatos de 1 (um) ano podendo ser reconduzidos para o período imediatamente seguinte, e apenas uma só vez, para o mesmo cargo.

A Assessoria Técnica do Conselho é um órgão de apoio e assessoramento, composta por especialistas da área da saúde, membros ou não do Conselho, que são indicados pela Plenária. Tem como competência o exame, orientação e apresentação de pareceres técnicos de assuntos pertinentes encaminhados ao Conselho. Como também, encaminhar ao Conselho planos e projetos relativos à política municipal de saúde.

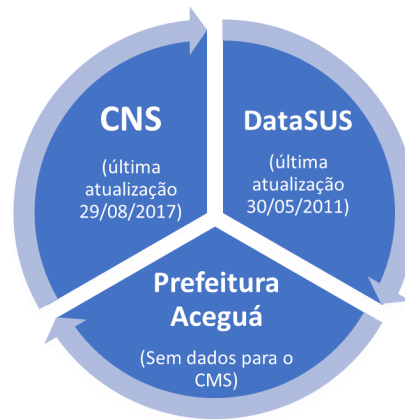
No que se refere às reuniões do CMS, estas têm previsão legal para acontecerem periodicamente uma vez por mês e extraordinariamente, conforme necessidade. As decisões são tomadas por maioria simples, através do voto nominal, aberto e unitário de cada um dos representantes, garantindo o "*quorum*" mínimo de metade do total de membros do Conselho.

Além dos(as) conselheiros(as), devem participar das reuniões a Secretaria Executiva e a Assessoria Técnica do Conselho. As reuniões são abertas para a participação de pessoas externas ao CMS, que tem o direito de se manifestar, porém, não tem direito ao voto.

4.2.1 Análise da Estrutura Organizacional do Conselho Municipal de Saúde de Aceguá

Para a verificação da institucionalização do CMSA, inicialmente, houve a busca em páginas públicas na internet, junto a sites oficiais, registros sobre informações do CMSA, como também, lugares que divulgaram a composição do colegiado local, no qual se identificou três fontes distintas de informações. A primeira ligada ao Ministério da Saúde (Sistema DataSUS), a segunda do Conselho Nacional de Saúde (SIACS) e a última mantida pela Prefeitura de Aceguá em seu website com o link (Conselhos e Comitês), o que para melhor elucidar, é relatado por meio a figura 5.

Figura 5 – Site com dados sobre estrutura dos CMS – Internet.



Fonte: website dos órgãos, consulta promovida em 14/01/2021.

Mesmo nos sites que disponibilizam informações sobre os conselhos, não estão disponíveis dados referentes aos membros do conselho. Os seus contatos, data e horário das reuniões mensais não estão presentes, dificultado a transparência e a participação cidadã tanto buscada pela CF 88, dessa forma, o simples fato de não saber a quem se dirigir prejudica o controle social. A homepage da prefeitura, ente público onde o cidadão vive, embora tenha um link que arremete a Conselhos e Comitês, somente tem a indicação de dados sobre o Conselho Tutelar, não referenciando nenhum dos outros 12 Conselhos elencados no Quadro de número 8, sendo que são legalmente constituídos nas diferentes áreas de atuação.

Cabe o registro, por oportuno, que outros colegiados afetos ao Ministério da Educação possuam informações detalhadas quanto a sua composição, sendo facilmente pesquisadas nas páginas oficiais do respectivo Ministério mantenedor. Além de franquear a possibilidade de acompanhamento online da prestação de contas por parte dos conselheiros e delegar aos presidentes dos Conselhos da Alimentação Escolar e do Fundo de Desenvolvimento da Educação Básica, os poderes para que emitam pareceres quanto a aplicação dos recursos descentralizados pela união, de forma eletrônica, no Sistema de prestação de contas e no Sistema de Gestão de Prestação de Contas (SiGPC), bem como do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (SIOPE). Dessa forma, é possível potencializar o controle social e o encaminhamento de informações aos órgãos de controle.

Quanto aos dados disponíveis na internet, correspondentes ao CMS de Aceguá, estão desatualizados. No site do Ministério da Saúde tem como data de sua última atualização o dia 30/05/2011, e o site do Conselho Nacional de Saúde foi atualizado pela última vez em

28/08/2017.

Sem a disponibilização dos dados referentes aos segmentos que compõem o CMS em consulta aberta na internet, se buscou junto à Assessoria Parlamentar do Poder Executivo local cópia das Portarias de nomeação dos Conselheiros Municipais de Saúde. Para verificar a composição do colegiado e as legislações que regem o funcionamento foram coletadas diretamente na internet por meio de link disponível na página da Prefeitura de Aceguá que arremetem a outro site: www.leismunicipais.com.br. O Conselho, criado por meio da Lei Municipal nº 17/2001 e atualizado pela LM 532/20107, tem como previsão de composição paritária: formação de plenária, assessoria técnica e a criação de Regimento Interno. Para melhor entendimento, estas composições foram analisadas individualmente no decorrer da dissertação.

4.2.2 Quanto a Paridade do CMS de Aceguá

O Art. 5º da Lei Municipal 17/2001, alterado pela Lei Municipal Nr 532/2007 nos apresenta a composição do Conselho local, que para melhor elucidar, foi compilado no Quadro de número 13, constante deste tópico.

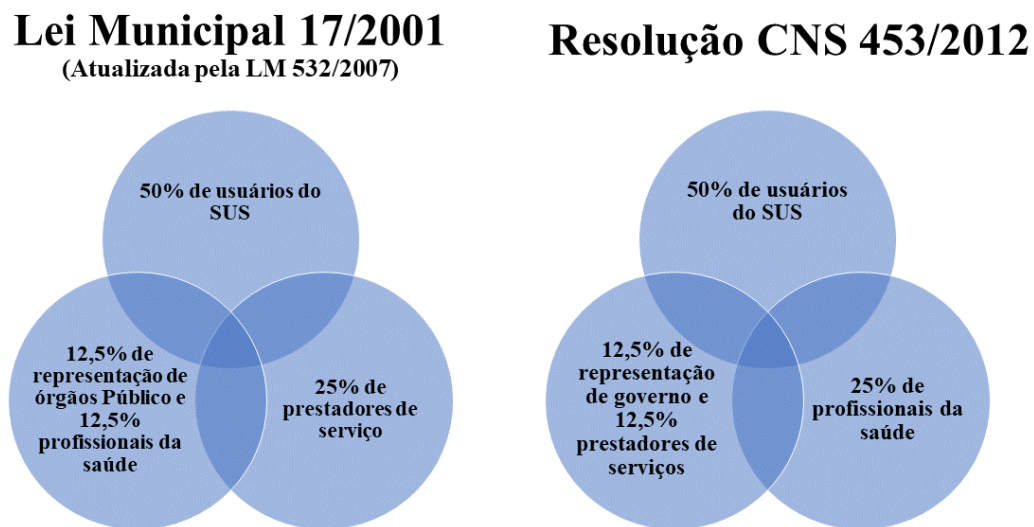
Quadro 13 – Composição do CMS e sua segmentação.

Ato de nomeação	Mandato	Segmento representativo	Conselheiro	Mandato
Portaria/GAB	Data Início			Data Final
Nr 745/2017	22/06/2017	Órgãos públicos	Jorge Roberto Vasata – Suplente	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Prof. Saúde	Matilde Cornelsen – Suplente	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Usuários do SUS	Albérico Muniz Rodrigues – Titular	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Usuários do SUS	Milton Domingues Brasil – Suplente	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Prest. Serviço	Leandro Boschmann – Titular	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Prest. Serviço	David Boschmann – Suplente	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Usuários do SUS	Marli Godoy de Aguiar – Titular	22/06/21
Nr 745/2017	22/06/2017	Usuários do SUS	Paulo Delgado – Suplente	22/06/21
Nr 750/2017	31/10/2017	Órgãos Públicos	Diego Codevilla Teixeira – Titular	31/10/21
Nr 748/2017	02/10/2017	Prof. Saúde	Alessandra M. dos Santos – Suplente	02/10/21
Nr 797/2019	09/09/2019	Usuários do SUS	Willi Jansen – Titular	09/09/23
NR 797/2019	09/09/2019	Usuários do SUS	Marildo A.S.Branco – Suplente	09/09/23
Assessoria Técnica	22/06/2017	Ass.Técnica	Christian Ott	22/06/21

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em busca da conciliação entre os atos de nomeação por segmento e a distribuição paritária prevista, verificou-se uma divergência na base legal prevista pelo Conselho Nacional de Saúde e pela legislação local, requerendo uma adequação pelo ente público ao disposto pelo Ministério da Saúde, o que dispomos na figura 6:

Figura 6 – Legislação local.



Fonte: Lei Municipal 532/2007 e Resolução CNS 453/2012 – elaboração pelos autores.

O segmento de Usuários do SUS conta com duas cadeiras no Conselho e das 17 reuniões ocorridas no período esteve representado em 61,76% delas, o segmento representativo dos Profissionais de Saúde que conta com uma cadeira no Conselho esteve presente em 5 das 17 reuniões (percentual de 29,41%), o segmento representativo do Governo, esteve presente em 15 reuniões (percentual de 88,23%).

O segmento que representa os prestadores de serviços, pela legislação local, ocuparia duas cadeiras, porém só esta representado pelo Hospital de Colônia Nova, única prestadora de serviço de saúde no município, demonstrando que a exigência nacional em muitos municípios menores é inviável de ser atendida, pois muitos deles, mantidos pelo desenvolvimento de atividades de agronegócios, nem prestadores privados de serviços de saúde dispõe. Para o CMSA, a legislação aceguaense pode ser corrigida pelo advento da nova Resolução do CNS em 2012 que tem como previsão a proporção de 12,5% de representantes dos Prestadores de

Serviços.

Dos 12 conselheiros, apenas 2 representantes são do sexo feminino, sendo que uma ocupa o cargo como suplente. Essa composição difere da pesquisa de Lüchmann; Almeida (2010) que explicam a participação política feminina, tradicionalmente associada aos temas que lidam com o cuidado, como é o caso dos Conselhos de políticas sociais.

No que se refere a estrutura física e de apoio ao Conselho, não encontramos um local exclusivo para o seu funcionamento, sendo que conforme a quantidade de participantes as reuniões são deslocadas para espaços mais amplos. Em demanda Nr 04, apresentada via LAI, obtemos como resposta que o espaço utilizado comporta “*Aproximadamente 10 pessoas*”.

Quanto a escolha dos representantes por segmento e como são estabelecidas as relações de representação entre eles e seus representados? Após verificação no acervo documental, se constata que o CMS faz uso de expedientes solicitando indicação de representantes para compor o Conselho. Silente a legislação municipal neste aspecto, e não havendo Regimento Interno regulamentando como seria essa escolha dos representantes, acaba o processo de representatividade sendo por indicação. Diante da verificação documental, buscou-se pela apresentação da demanda Nr 01, mais evidências quanto a formação do Conselho, conforme segue:

Pergunta: Como é desenvolvido o processo de escolha dos integrantes do Conselho de saúde de Aceguá? Resposta – Solicitação, via ofício, para os órgãos públicos (secretarias), prestadores de serviços (Hospital da Colônia Nova), Usuários dos Serviços de Saúde (associações, cooperativas, comunidades) para indicação de representantes para compor o Conselho de Saúde, e ainda indicação de profissionais da Secretaria da Saúde.

A indicação direta de representantes, sem um processo democrático na escolha, considerando que os conselheiros não agem somente em seu nome, pressupõe-se que os segmentos falam em nome de um conjunto de atores nos espaços participativos e o indicado é que sejam eleitos em seu segmento, o que as evidências e o atendimento da demanda via LAI indicam não estar regrada e tampouco adotado no processo de representatividade por segmento.

4.2.3 Quanto a formação de plenária e designação de assessoria técnica

Apoderados das atas das reuniões ocorridas nos anos de 2018 e 2019, não foram encontradas as designações dos demais integrantes que deveriam compor a Secretaria

Executiva do Conselho e nem da Assessoria Técnica, excetuando o cargo de Secretário do Conselho pois ele efetua a lavratura das atas e condução da pauta na reunião. Em busca das nomeações do cargo de diretor financeiro e da assessoria técnica, previstas na lei de criação, se ampliou o pedido documental que retroage a junho de 2017, data de nomeação majoritária do colegiado pesquisado, pois pelos registros documentais, em 2018, houve a nomeação de novos conselheiros e a substituição do presidente. De posse das atas de 2017, constatou-se que houve a nomeação da plenária, quanto da assessoria técnica, não se tem registro da nomeação da mesma, sendo que se observa no decorrer das reuniões, a participação efetiva da assessoria técnica exercida pelo Diretor Administrativo da Secretaria.

Em questionamento via LAI, obteve-se como resposta a demanda Nr 05: “*Não tem designação de Assessoria Técnica, em caso de precisar se utiliza a assessoria jurídica do município.*”, não se consolidando no que deseja a legislação local, pois as competências da Assessoria Técnica, previstas na Lei Municipal Nr 17/2001 em seu Art. 9º são de:

- a) Examinar, orientar e apresentar parecer técnico aos assuntos pertinentes encaminhados ao Conselho;
 - b) encaminhar ao Conselho planos e projetos relativos à política municipal de saúde.
- § 2º Para desempenhar suas funções, a ASSESSORIA TÉCNICA (grifo nosso) terá acesso, por delegação do Conselho, a dados de instituições abrangidas pelo CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (grifo nosso).”

A preocupação do legislador, ao instituir a Assessoria Técnica, foi com a gestão ampla da saúde pública, onde o conselho tem suporte para ter quem examine, apresente pareceres técnicos, encaminhe ao colegiado planos e projetos de ASPS, não restringindo tão somente, a parte jurídica das ASPS. Limitar o Conselho à assessoria jurídica é represar as demandas sociais aos aspectos jurídicos, sendo que na prática pela leitura documental e pela observação direta houve a constatação do exercício da função pelo Diretor Administrativo da Secretaria de Saúde, faltando o atendimento da legislação por nomeação através de ato administrativo e entendimento do participante de suas atribuições legais.

4.2.4 Quanto ao Regimento Interno

Tanto a Quinta Diretriz da Resolução do CNS de nº 453/2012, quanto a Lei Municipal 532/2007 em seu Art. 2º, letra “I”, apresentam a seguinte atribuição para os Conselhos de Saúde, “elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.”. Porém o mesmo após duas décadas de atividade ainda não regrou o seu rito de funcionamento. Tal questionamento foi promovido via LAI e obtemos como resposta que “o

mesmo está em fase de elaboração.” O que comprova a ausência de registros de sua existência tanto nos documentos analisados, quanto na observação direta em reuniões.

4.2.5 Mapeamento das temáticas abordadas e de indícios de efetividade nas ações do CMS

No levantamento documental, ocorreram 43 abordagens de temas no ano de 2018 e 32 no ano de 2019, sendo que os temas mais recorrentes tratavam de Prestação de Contas do Convênio do Município com o Hospital de Colônia Nova e apreciação do Relatório Quadrimestral de Gestão do Poder Executivo, ao todo, pelas reuniões do Conselho nos anos de 2018 e 2019 houveram 75 abordagens, 3 delas diziam respeito a estrutura do Conselho, 37 ao constructo temáticas e 35 com o constructo participação, não sendo identificadas demandas trazidas pelo segmento de usuários do SUS.

As proposições foram conduzidas pelo Secretário do Conselho, que é representante do segmento de prestadores de serviço e pelo Diretor Administrativo da Secretaria de Saúde e Assistência Social que embora não nomeado, pelo conteúdo de sua participação, atuava como Assessor técnico do CMS. À nível de debate, nos registros constantes nas atas do conselho, o constructo Temáticas apresentadas, fica restrito aos segmentos dos Prestadores de Serviços, Assessoria Técnica e Representante da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. Embora ocupando metade das cadeiras no Conselho, não se encontra registros de apresentação de demandas locais, por parte dos representantes da comunidade.

A manifestação mais recorrente se trata de prestações de contas tanto por parte do prestador de serviços que recebe recursos públicos quanto por parte do gestor, sendo que o levantamento de demandas e novos projetos são apresentados pela assessoria técnica ou pelo próprio gestor, sendo levados para apreciação e aprovação da matéria pelo plenário. O percentual de despesas em ASPS, índice de gestão fiscal, esteve presente em todas os Relatórios quadrimestrais de saúde, quanto a índices de desempenho aferidos pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, IEGM, bem como da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro, FIRJAN, ou mesmo algum outro, não foram identificados nos registros documentais e eletrônicos disponibilizados e nem manifestações verbais em reuniões com participação presencial e quando questionada a organização pública, se pronunciou negativamente, conforme resposta a demanda Nr 10:

Além dos relatórios de gestão e prestação de contas das ASPS analisados quadrimestralmente, índices de qualidade como IEGM do TCE-RS ou FIRJAN são levados em consideração pelo Conselho Municipal de Saúde no planejamento das

políticas públicas locais?

Resposta: Não são analisados estes índices pelo Conselho de Saúde.

Dentro das pesquisas científicas agregadas a presente pesquisa, na leitura de Diegues (2013), Bergue (2012), Ricci (2009), Raichelis (2000) e Balcão (2003) entre outros, os Conselhos são um ambiente de interação entre sociedade e organização pública e nele mais do que o controle e acompanhamento do que foi planejado, deveria ocorrer, o compartilhamento da produção de políticas públicas ligada às ASPS.

Na mesma linha, a CGU e o TCE-RS se pronunciam em relação aos Conselhos como sendo espaços favoráveis de participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e controle, inclusive ambas as organizações públicas oferecem cursos gratuitos de formação e capacitação para os integrantes dos Conselhos municipais de saúde. No Quadro 14 estão sintetizadas as abordagens constantes dos registros do CMS:

Quadro 14 – QuadroConstrutos: Estrutural (E) Temáticas (T) Indícios de efetividade (I).

Temática tratadas em 2018	E	T	I	Temática tratadas em 2019	E	T	I
	Quantidade Reuniões				Quantidade Reuniões		
Eleição do novo presidente do CMS	1		1	Relatório de Gestão do SAGSUS		2	2
Apresentação do Relatório de Gestão Quadrimestral		3	3	Apresentação do Relatório de Gestão Quadrimestral		2	2
Cronograma de reunião do CMS para o ano de 2018	1		2	Apresentação de novos representantes da CAPIL	1	1	1
Prestação de contas dos serviços e subvenções		6	6	Exigência do Conselho realizar uma Conferência Municipal de Saúde		1	1
Consulta Popular		2	2	Emendas Parlamentares destinadas para Aceguá na ASPS		1	1
Rx não funcionando devido a falta de uma peça de reposição			1	Apresentação do Relatório Anual – recursos estaduais HCN			
Prestação de contas FUNAFIR		2	2	Prestação de contas FUNAFIR		2	2
Prestação de contas do Relatório Anual dos Recursos Estaduais		1	1	Apresentação/aprovação-Regimento Geral da 7a Conf. Mun. Saúde		1	1
Convite para o COMUDE – Eleição de delegados para consulta popular		1		Prestação de contas do Relatório da 7a Conf, Mun. Saúde		1	1
Apresentação do SISPACTO 2017		1	1	Comissão de farmácia e terapêutica		1	1
Treinamento dos Servidores do SAMU		1		Apresentação da LOA		1	1
Apresentação de recursos recebidos		2		Consulta Popular		2	2
Apresentação da LOA/19		1	1				
Apresentação do Plano de Ação de Controle do Aedes para 2019		1	1				

Elaborado pelos autores.

Quando buscou-se identificar se o colegiado atendeu os preceitos legais quanto ao número de encontros mínimos definidos na lei durante o período se identificou o registro de um total de 17 reuniões registradas em atas, durante os dois anos pesquisados, sendo que a legislação prevê reuniões ordinárias mensais e extraordinárias conforme a necessidade, trazendo uma execução deficitária da ordem de 29,16% do que é previsto.

Quanto a capacidade de se manifestação e de influência nas políticas públicas, os registros convergem para uma reduzida ingerência por parte do segmento representativo dos usuários do SUS, embora contando com a presidência do Conselho, observa-se que todas as proposições se originam dos segmentos: Prestadores de Serviço e Assessoria Técnica, sendo as demais aprovadas pelos presentes às reuniões, sem ponderações propositiva, tornando o espaço de troca uma espécie de legalização burocrática de exigências formais, servindo mais como um espaço de informação das ações governamentais pretendidas ou já desenvolvidas do que um espaço de ressonância entre as demandas trazidas pelos segmentos e as reais possibilidades de atendê-las. O exercício do controle social com mais de três décadas de criação ainda necessita de avanços em busca da representatividade, entrando mais em contato com quem é representado, trazendo as demandas por segmento e levando o andamento de seu atendimento.

5 CONCLUSÃO

O controle social desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde, requisito para que o ente público mantenha sua autonomia político administrativa nas ações e serviços públicos de saúde, foi criado pelo legislador pátrio como um instrumento de atenção social permanente, ampliada pela determinação da periodicidade de reuniões mensais e da composição paritária entre governo e sociedade, exigindo assim, para o seu exercício participativo, estrutura e conhecimento, particularmente, para mitigar as diferenças entre os segmentos representados, sobretudo governo e representantes do SUS.

Como o objetivo geral, foi explicitar de que maneira ocorreu o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde no Município de Aceguá, levando em consideração os anos de 2018 e 2019, período que marca mudanças na forma de desenvolver às ASPS, passando de uma modelo que era norteado pelo custeio da estrutura física e de pessoal colocada à disposição da sociedade, para um modelo que privilegia os resultados quantificados em termos de atendimento efetivo prestado a ela. A pesquisa mostra que no período estudado, a normatização existente para a estrutura do Conselho requer medidas por parte do Poder Executivo visando atualização legal para o atendimento paritário da composição do CMS, demonstra inexistência de regulamentação por meio de Regimento Interno, previsto no ordenamento legal, falta de implementação de meios de divulgação da existência e das competências do órgão de controle social e de forma de captar amplamente as demandas sociais, o que pode ser buscado pela capacitação por meio de cursos e participação em eventos para conselheiros.

Ao verificar a estruturação do CMS, seu desenho institucional e potencialidades adotadas, primeiro objetivo específico proposto, a pesquisa se deparou com a legislação local em desacordo com a federal, prevendo percentuais diferentes para os segmentos que possuem representatividade no colegiado, às reuniões ocorreram em local com limitação de espaço, somente 4 pessoas externas ao Conselho ou a organização pública pesquisada, estiveram presentes em reuniões durante o período da pesquisa. As atividades do Conselho não atendendo o número mínimo de encontros previstos e com assiduidade baixa, indicam que em locais com pequena população urbana, escassez de serviços especializados de saúde, atender o preceituado pelo legislador federal se torna um desafio e uma preocupação mais burocrática que democrática.

Presidido no período pesquisado, por um representante dos usuários do SUS, demonstra uma disponibilidade de integrantes da comunidade de atuarem na gestão do

colegiado, produzindo um canal de comunicação aproximativo das demandas e de seu atendimento. Não tendo registro de utilização de meios eletrônicos de ampliação social, o desuso da tecnologia da informação aliena o CMS a presencialidade física em suas reuniões, embora a própria homepage da prefeitura, disponibilize espaço, não ocorre nem a divulgação de sua composição, de seus representantes por segmento, do cronograma de suas reuniões, local, transmissões on-line. Ao se afastar dos mecanismos de aproximação e ampliação de seus encontros, tanto o gestor das políticas públicas de saúde que tem a obrigação constitucional de viabilizar os meios para o exercício do controle social pelo Conselho, quanto o próprio Conselho, perdem de potencializar a participação efetiva de seus integrantes e a manifestação da sociedade usuária do SUS.

Em busca das temáticas debatidas e dos indícios de efetividade do Conselho, objetivos específicos da presente pesquisa, embora metade das cadeiras sejam ocupadas por representantes de usuários do SUS, tanto no registros documentais, quanto na observação direta e nas consultas via LAI, não houveram apresentações de demandas sociais e os conselheiros, mandatários nomeados dentro do período recortado, não buscaram capacitação, embora aja disponibilidade de recursos orçamentários e legislação que preveja o custeio das despesas com capacitação e formação dos integrantes dos Conselhos municipais, o que tornaria mais igualitária a condição entre os representantes do governo e da sociedade. Sendo que a equidade entre eles é relativizada pelas diferenças de vínculo trabalhista e da disponibilidade de tempo que seus trabalhos exigem. As temáticas foram conduzidas majoritariamente pelos segmentos Prestadores de Serviço e Assessoria Técnica e dizem respeito a prestações de contas dos recursos despendidos em ASPS. Sendo assim, a população, em geral, não possui o hábito de levar suas demandas até o Conselho, nem tampouco o Conselho de divulgar seus trabalhos nas páginas da organização pública ou nas mídias digitais.

Os dados que passam pelos conselheiros, são de complexidade técnica e contábil, indicadores fiscais em percentuais que não traduzem a efetividade das ações e dos serviços de saúde pública. Os indicadores de desempenho, tanto os aplicados pelo TCE-RS, quanto do FIRJAN, de mais fácil compreensão, são extemporâneos, com déficit de tempo de mais de dois anos, não traduzindo o momento atual que a política pública se encontra em desenvolvimento, não contribuindo para o acompanhamento prévio e concomitante de sua prática. Sendo que se fossem considerados como indicadores de efetividade, poderiam servir como norteadores no planejamento das políticas sanitárias, mas não serviriam de base imediata de correção de políticas públicas.

Nesse contexto, a informação, a busca de demandas por segmento, cursos permanentes de capacitação para conselheiros, definição de critérios para a seleção de conselheiros e elaboração do Regimento Interno do Conselho, são alternativas para o fomento da atuação dos representados dos segmentos que compõem o CMS. A fragilidade na forma de atuação dos conselheiros, atuando mais para legitimar e atender as exigências legais, do que como agentes de controle social, é deficitária ao expressado pela sociedade brasileira pela carta constituinte federal.

Portanto, conclui-se que o exercício do controle social das políticas de saúde pública, desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde de Aceguá – RS atende os preceitos legais necessários para a manutenção da autonomia política e administrativa do Sistema Único de Saúde no município, deixando de fomentar o acompanhamento e a proposição de melhorias que as entidades representadas e a sociedade buscam junto ao Conselho.

Quanto às limitações deste trabalho, indica-se que o fato de ter abordado o exercício do controle social pelo Conselho Municipal de Saúde por meio dos registros documentais, observação direta e Lei de Acesso à Informação, sendo que a utilização de entrevistas ampliaria a percepção dos conselheiros e questionários aplicados diretamente aos usuários das ações e serviços públicos de saúde traria dados não identificados pela metodologia aplicada, métodos que poderão serem agregados com o término da pandemia COVID-19.

Recomenda-se para futuras pesquisas a intensificação da utilização da Lei de Acesso à Informação, considerando um recorte temporal ampliado, bem como a busca de manifestações dos controles institucionais a respeito dos dados apurados pela presente pesquisa, especialmente no que se refere a indicadores de desempenho terem sua apuração temporal muito distante da execução das ações e serviços de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Gelsom Rozentino. **História de uma década quase perdida: PT, CUT, crise e democracia no Brasil: 1979-1989.** Editora Garamond, 2018.
- ACEGUÁ. **Lei Municipal nº 17**, de 28 de fevereiro de 2001. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/a/acegua/lei-ordinaria/2001/2/17/lei-ordinaria-n-17-2001-cria-o-conselho-municipal-de-de-saude?q=17>. Acesso em 17 Out.2020.
- ACEGUÁ. **Lei Municipal nº 532**, de 28 de junho de 2007. Altera a Lei nº 17/2001. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/a/acegua/lei-ordinaria/2007/54/532/lei-ordinaria-n-532-2007-altera-a-lei-n-17-2001?q=532>. Acesso em 17 Out.2020.
- ACEGUÁ. **Lei Municipal nº 1569**, de 26 de outubro de 2017. Regula o acesso a informação no âmbito do Município de Aceguá. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/a/acegua/lei-ordinaria/2017/157/1569/lei-ordinaria-n-1569-2017-regula-o-acesso-a-informacao-no-ambito-do-municipio-de-acegua?q=1569>. Acesso em 17 mai.2020.
- BALCÃO, Nilde et al. **Controle social sobre o orçamento público.** 2003.
- BRASIL, Atlas. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010>. Acesso em: 13 dez. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 out. 2020.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm . Acesso em: 17 mai. 2019.
- BRASIL. **LEI Nº 12.864**, de 24 de setembro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 18 mai. 2019.
- BRASIL. **LEI Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mai. 2019.
- BRASIL. **Lei Nº 8.689**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 10 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio 2012, do Conselho Nacional de Saúde. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Previne**

Brasil. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 22 Ago. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**.

BRASIL. Tribunal de Contas da União, **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília:** TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF. Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL, Tribunal Superior Eleitoral, **Estatísticas Eleitorais, Brasília:** TSE, 2020. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2020/Agosto/brasil-tem-147-9-milhoes-de-eleitores-aptos-a-votar-nas-eleicoes-2020>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CARNUT, Bergue, S. T. Escolas de governo e fomento ao controle social: o caso do programa É da Nossa Conta. In **Anais...CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA** (Vol. 17, pp. 1-17), 2012.

CARNUT, L.; NARVAI, P.C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.2, p.290-305, 2016.

CASTRO, D. P; **Auditoria e Controle Interno na Administração Pública**. Editora Atlas. 2ª Ed. São Paulo, SP. 2009.

CASTRO, Iná E. de. Instituições e território: possibilidades e limites ao exercício da cidadania. **Geosul**, v. 18, n. 36, p. 7-28, jul./dez. 2003.

CDR CAMPANHA. **Plano Estratégico de Desenvolvimento Regional 2017-2030**, 2017.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**, 3.ª ed. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2009/07/cartilha-201colho-vivo-no-dinheiro-publico201d-ganha-atualizacao-de-dados>, Acesso em: 15 mai. 2020.

COELHO, Hamilton Antônio. O papel dos Tribunais de Contas na busca da efetividade do controle externo. **Revista do tribunal de contas do Estado de Minas Gerais**, abril-junho. v. 75 n. 2, ano XXVIII, 2010.

CUNHA, S. S. **O Controle Social e seus Instrumentos**. Salvador, 2003.

DE ASSIS SILVA, Michelle Emanuella. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **REJU-REVISTA JURÍDICA**, v. 3, n. 2, p. 145-165, 2016.

DIEGUES, Geraldo César. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos gestores empresariais. **NAU Social**, v. 4, n. 6, pág. 82-99, 2013.

- FAYOL, Henri. *Administração Geral e Industrial*. São Paulo: Atlas, 2012.
- FILHO, S. C. F. **Manual de Direito Administrativo**. Editora Lumen Juris, 24ª Ed., Rio de Janeiro RJ, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010.
- FRANCO, Hilário; MARRA, Ernesto. **Auditoria contábil**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- FREGONEZE, Gisleine Bartolomei et al. **Metodologia científica**. Londrina: Educacional, 2014.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas da pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GIDDENS, A. **Novas regras do método sociológico: uma crítica positiva das sociologias compreensivas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GOHN, M. da G. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Revista Política & Sociedade**, v. 10, n. 18, abr. 2011. p. 232
- GONSALVES, E. P. **Conversas sobre a iniciação à pesquisa científica**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2005.
- HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative Health Research**, Vol. 15 No. 9, 1277-1288.
- HUNTER, James C. **O monge e o executivo**. Rio de Janeiro: Sextante, p. 103, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em: 13 out. 2021.
- KLAZINGA, N. Health system performance management. **Eurohealth**, 16(3), 26-28. 2010.
- KLERING, Luis R.; SCHRÖEDER, Christine da S. Políticas e estratégias públicas municipais: novos desafios e perspectivas para o desenvolvimento local. **Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 13, n. 2, p. 144-160, maio/ago. 2008.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Amrader. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- LEONARDO; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, p. 16, 2016.
- DE CARLI, Deneide Teresinha; FACHIN, Gleisy Regina Bories. Lei de Acesso à Informação nos municípios do extremo oeste de Santa Catarina. **Em Questão**, p. 8-36, 2016.

DO NASCIMENTO FERREIRA, Roberto et al. **A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS.**

DO NASCIMENTO LOCK, Fernando. Participação popular no controle da administração pública: um estudo exploratório. **Revista Eletrônica de Contabilidade**, v. 1, n. 1, p. 134, 2004.

DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 126-137, 2012

LOCK, Fernando do Nascimento. **Estrutura e uso de informações orçamentárias governamentais: o caso do Conselho Municipal de Educação de Santa Maria-RS.** 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2007.

MASTEGUIN, Lucas. A experiência do conselho municipal de saúde de Araraquara: análise sobre a participação popular na esfera pública. **REDD–Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, 2018, 10.1: 16-32.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MILESKI, Helio Saul. **O Controle da Gestão Pública.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

MIRANDA, L. C.; SILVA, A. J. M.; RIBEIRO FILHO, J. F.; SILVA, L. M. Uma análise sobre a compreensibilidade das informações contábeis governamentais comunicadas pelo Balanço Orçamentário. **BBR – Brazilian Business Review**, Vol. 5, N.3, Vitória – ES, Set – Dez 2008, p. 209-228.

NUNES, Valtuir Pereira. **O Controle Externo da Administração Pública: o papel dos Tribunais de Contas e o Controle Social.** In: Curso “OS CONTROLES DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E A EFICÁCIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS”. Organização: ESDM – Fundação Escola Superior de Direito Municipal, Porto Alegre, 17 out. 2011.

OLIVEIRA, Djalma.P.R, **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial.** 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

PARDINI, F. **Tribunal de Contas da União, órgão de destaque constitucional.** Belo Horizonte, tese de doutorado – UFMG, 1997.

PETERS, Marcos. **Implantando e gerenciando a lei Sarbanes Oxley: governança corporativa agregando valor aos negócios.** São Paulo: Atlas, 2007.

PIMENTEL, V. P. et al. **Saúde como desenvolvimento: perspectivas para atuação do BNDES complexo industrial da saúde.** In: SOUSA, F. L. (org). **BNDES 60 anos: perspectivas**

setoriais. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2012.

RESENDE, Rui. Técnica de investigação qualitativa: ETCI. **Journal of Sport Pedagogy & Research**, v. 2, n. 1, p. 54, 2016.

RICHARDSON et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006. 149 p.

SARDENBERG, Ronaldo Mota. A Sociedade da Informação e seus múltiplos componentes. **Ciência da Informação**, v. 29, p. 05-05, 2000.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401-1412, 2020.

SHEEDY, Amanda. **Handbook on citizen engagement: beyond consultation**. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, 2008.

SILVA, Maurício Corrêa da; SILVA, José Dionísio Gomes da; BORGES, Erivan Ferreira. Análises de componentes principais para elaborar índices de desempenho no setor público-**Rev. Bras. Biom.**, São Paulo, v.33, n.3, p.291-309, jul.-set. 2015.

SIRAQUE, Vanderlei. **Controle social da função administrativa do Estado: possibilidades e limites na Constituição de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2009

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Ângelo. **Federalismo e políticas públicas**. 2018.

SOUZA, T. O. et al. **Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 65, n. 2, p. 215-221, abr. 2012.

TOCCI, AMANDA SIMONE SEBASTIÃO; COSTA, ELAINE CRISTINA NUNES FAGUNDES. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde-SUS. **REVISTA UNINGÁ**, 2018, 40.1. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rec/article/view/ufpb.1983-1579.2018v3n11.41022>. Acesso em: 18 mai. 2019.

DA UNIÃO, Tribunal de Contas. Manual de auditoria de natureza operacional. **Brasília: TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle**, 2000.

VERGARA, Sylvia Constante. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

VIEIRA, Fabiola Sulpino, et al. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, 2016.

X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 2019.

Santa Cruz do Sul. **Anais da Universidade de Santa Cruz do Sul**, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/>. Acesso em: 10 dez. 2020

APENDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

ROTEIRO I – QUESTÕES DEMANDADAS VIA PORTAL MUNICIPAL – E- CAC

Pesquisador: Vítor Roberto Plentz

Pesquisa intitulada: **O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – RS.**

Data: 13/05/2021.

Prezados,

Sou aluno do Mestrado Profissional de Gestão em Organizações Públicas da UFSM e estou coletando dados acerca do Conselho Municipal de Saúde e logo a seguir apresento algumas demandas sobre a temática.

Parte I – Estrutura do Conselho Municipal de Saúde de Aceguá (CMS)

1 – Como é desenvolvido o processo de escolha dos integrantes do Conselho de saúde de Aceguá?

Solicitação, via ofício, para os órgãos públicos (secretarias), prestadores de serviços (Hospital da Colônia Nova), Usuários dos Serviços de Saúde (associações, cooperativas, comunidades) para indicação de representantes para compor o Conselho de Saúde, e ainda indicação de profissionais da Secretaria da Saúde.

2- Como são divulgadas as reuniões do CMS?

No ano de 2020 foram realizadas menos reuniões pelo motivo da pandemia, nos anos anteriores comunicação a Câmara de Vereadores com as datas dos encontros.

3- Tem algum link, na internet, disponível com o cronograma e local das reuniões?

Não tem o cronograma e local das reuniões na internet.

4- O espaço físico, onde ocorrem as reuniões, têm condições de receber quantas pessoas?

Aproximadamente 10 pessoas

5- Existe Regimento Interno, caso positivo, como acessá-lo?

Não existe um Regimento Interno do Conselho de Saúde.

5- Existe designação de Assessoria Técnica para dar o suporte aos conselheiros?

Não tem designação de Assessoria Técnica, em caso de precisar se utiliza a assessoria jurídica do município.

6- Nos exercícios financeiros de 2018 e 2019, existiam recursos financeiros consignados no orçamento para que os conselheiros pudessem desenvolver suas atividades de controle social? Caso positivo, foram utilizados?

Sim, todo ano é disponibilizado recursos financeiros para os conselheiros, mas o valor não foi utilizado nestes anos.

Parte II – Conhecimento dos Conselheiros

7- Do mandato vigente entre os anos de 2018 e 2019. Existe cadastro com o grau de escolaridade dos conselheiros? Se sim, como acessá-lo, segregado por segmento representado?

Não existe cadastro destas informações.

8- Foram oportunizadas formações/capacitações aos conselheiros? Se sim, quais segmentos participaram, a forma de participação (online ou presencial) e qual carga horária?

O conselho já recebeu ofertas externas para formações e capacitações, mas não teve interesse por parte dos conselheiros em participar.

Parte III – Participação dos Conselheiros

09- Existe registro de apresentação de demandas vinculadas às ASPS, por parte da comunidade, se sim, alguma foi direcionada ao Conselho Municipal de Saúde?

Sim, nas Conferências Municipais de Saúde e no Plano Municipal de Saúde estão elencadas os registros das demandas debatidas pela população e comunidade presente e este material está disponível para acesso pelo conselho de saúde.

10- O Conselho Municipal de Saúde, expediu alguma recomendação ou expediente demandando ações ou serviços para o Poder Executivo?

Algumas ações e serviços são discutidos nas reuniões, mas expedido expediente somente para solicitação alteração e/ou aumento de valores previstos na LOA para o próximo exercício.

11- Além dos relatórios de gestão e prestação de contas das ASPS analisados quadrimestralmente, índices de qualidade como IEGM do TCE-RS ou FIRJAN são levados em consideração pelo Conselho Municipal de Saúde no planejamento das políticas públicas locais?

Não são analisados estes índices pelo Conselho de Saúde.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Gerhard Martens, Prefeito Municipal de Aceguá, autorizo a realização do estudo **O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ACEGUÁ – RS**, a ser conduzido pelo pesquisador coordenado pelo professor Dr. Fernando do Nascimento Lock e o mestrando Vítor Roberto Plentz.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Aceguá, RS, 28 de abril de 2020.



Gerhard Martens

Prefeito Municipal de Aceguá