UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
POLO EDUCACIONAL DE PALMEIRA DAS MISSÕES/RS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CONSELHO DA SAÚDE

GITANE FUKE
(orientadora)

GABRIEL PANASSOLO REBÉS

PALMEIRA DAS MISSÕES, RS, Brasil
2013.

CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CONSELHO DA SAÚDE

Gabriel Panassolo Rebés

Dissertação apresentada ao Curso de Especialização do Programa de Pós-Gradualção em Gestão em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção grau de **Especialista em Gestão de Saúde Pública.**

Orientador: Profeª Gitane Fuke

PALMEIRA DAS MISSÕES, RS, Brasil

2013.

RESUMO

Durante a formulação da Constituição de 1988, pautou-se o direito à saúde. Sendo os serviços de saúde de extrema relevância social, cabe ao Estado garantir condições necessárias ao atendimento à saúde da população, ou seja, a saúde é um bem prioritário. As participações populares nas ações estatais decorrem do longo processo de lutas sociais, desta forma o controle social representa a gestão da sociedade sobre as políticas públicas do Estado. Este processo assegurou a participação popular na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, foram pensados mecanismos institucionais, tais como os Conselhos e Conferências de Saúde, para o exercício do controle social. Portanto o controle social é um canal institucional de participação na gestão da saúde. Sendo um processo contínuo de democratização, nesse sentido, o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde. Em síntese, o controle social consiste num campo de relações sociais, no qual os sujeitos participam por meio de distintas articulações, que são processadas no âmbito interno e externo dos espaços institucionais, na busca da identificação de necessidades dos trabalhadores de saúde e grupos da comunidade em co-responsabilidade com as instâncias governamentais – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Objetivou-se analisar os conselhos de saúde de duas cidades da região metropolitana de Porto Alegre para verificar a real existência e participação da sociedade na fiscalização e construção da saúde pública. Bem como o número de membros usuários, gestores e trabalhadores da saúde e suas idades, sexo e escolaridade. Foi realizado um estudo quantitativo e descritivo do trabalho e atuação dos membros de conselhos municipais de saúde. Na oportunidade foram entrevistados os secretários de saúde nas cidades de Sapucaia do Sul e São Leopoldo. Foi abordado o conceito, a organização e a importância dos conselhos de saúde na fiscalização e construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 48 participantes do estudo 50% (24/48) eram de representantes de usuários do Sistema Único de Saúde, 25% (12/48) de trabalhadores de Saúde Municipal, 10,42% (5/48) de prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde Municipal e 14,58% (7/48) de representantes do Poder Executivo, indicados pelos Prefeitos Municipais. Os resultados demonstram a necessidade de uma participação mais efetiva da sociedade no controle social do SUS e na divulgação mais eficiente por parte do governo do que é e para que serve o conselho municipal de saúde além de um maior conhecimento técnico, pois parece ser o grande empecilho à atuação dos conselheiros.

SUMARY

During the formulation of the 1988 Constitution, was based on the right to health. Health services being extremely social relevance, the State ensure conditions necessary for health care for the population, ie, health is a priority. The popular participation in state actions stem from the long process of social struggles in this way social control is the management of the company on the public policy of the State. This process ensured public participation in the law of the Unified Health System (SUS). In this sense, institutional mechanisms have been designed, such as Councils and Health Conference, for the exercise of social control. Therefore social control is an institutional interest in health management. Being a continuous process of democratization, in this sense, the subject / citizen must be the center of the process of evaluating actions in health services. In short, social control is a field of social relations, in which subjects participate through different joints, which are processed in the domestic and foreign institutional spaces, in order to identify the needs of health workers and community groups in co-responsibility with government bodies - Ministry of Health, State and Municipal Health aimed to analyze the health advice of two cities in the metropolitan region of Porto Alegre to verify the actual existence and society participation in monitoring and construction public health. Well as the number of members users, managers and health workers and their ages, sex and education. We conducted a quantitative and descriptive study of the work and activities of members of municipal health councils. On occasion were interviewed health secretaries in the cities of Sapucaia do Sul and São Leopoldo. Was approached the concept, the organization and the importance of health councils in the inspection and construction of the Unified Health System (SUS). Of the 48 study participants 50% (24/48) were representatives of users of the National Health System, 25% (12/48) of the Municipal Health workers, 10.42% (5/48) of the service providers Health System Municipal and 14.58% (7/48) of members of the executive, appointed by Municipal Mayors. The results demonstrate the need for a more effective participation of society in the social control of the NHS and the more efficient dissemination by the government than it is and what it is for the city council health and a greater technical knowledge, it seems the great hindrance to the performance of the council.

INTRODUÇÃO

Os conselhos de saúde hoje existem em todos os municípios brasileiros, resultando da mobilização popular e de profissionais de saúde, além das políticas indutivas do Ministério da Saúde. Esses conselhos têm como principal função exercer o controle social do SUS possui composição mista, sendo a metade composta pelo segmento dos usuários do SUS, que constituem o objeto deste trabalho e a outra metade está dividida entre o segmento dos gestores do SUS, dos trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviços do SUS (BRASIL. COLLOR, LEI 8.142/90).

A partir da década de 70, a participação social nos programas de saúde era parte da agenda dos movimentos populares. O retorno da democracia no Brasil abriu espaço, a partir de 1985, para experiências de participação popular na formulação e gestão de políticas públicas. Durante a formulação da Constituição de 1988, houve a possibilidade do "cidadão comum" intervir no Estado, seja fazendo cobranças, no sentido do cumprimento da lei, seja, exercitando direitos e obrigações de cidadania. No tocante à área da saúde, ela define que "a *saúde* é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A Lei 8.080 (BRASIL. COLLOR, 1990) – Lei Orgânica da Saúde – veio regulamentar essa determinação, no que foi complementada pela Lei 8.142 (BRASIL. COLLOR, 1990), que instituiu a participação dos usuários, através das conferências e conselhos de saúde, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal).

Tendo em vista que se trata de um controle social e de gestão de políticas públicas ainda em construção, parece relevante focalizar como os conselheiros de saúde percebem seu papel e como constroem suas ações participativas. O exercício do controle social é um desafio, requer a ruptura com toda uma postura de submissão aos que tratam a questão dos recursos como uma questão de técnicos e gestores. Requer ainda o enfrentamento da burocracia que utiliza instrumentos complexos para prestar contas, dificultando a compreensão e a avaliação. A falta de conhecimento técnico, à primeira vista, parece ser o grande empecilho à atuação dos conselheiros usuários, mas associa-se a ela a ausência de informação do cotidiano – as rotinas dos serviços, o que lhes é desconcertante. Os conselheiros ressentem-se muito dessa ordem de informação (CARVALHO, 2009).

A população em geral e os usuários de saúde, em particular, ou seja, os usuários foram tratados como subalternos, ao longo da história pelo Estado e seus agentes, o que por si só já traz dificuldade. Há ainda um agravante na condução da negociação política: a cultura política do populismo dificulta o reconhecimento das diferenças de posições e interesses. Muitas vezes, as negociações são tratadas pelos conselheiros como troca, às vezes até acompanhada de desculpas, como se a negociação não fizesse parte da ação política (ESCOREL, 1998).

Os conselhos de saúde são inovações institucionais, mas que ainda estão inseridos num contexto marcado por políticas clientelistas. Dessa forma, os conselheiros agem de maneira ambígua, ora privilegiando uma participação individual, ora desenvolvendo ações coletivas. Mas a participação nos conselhos favorece uma cultura política que inclui a preocupação com os interesses gerais. Devido à atualidade do assunto, torna-se fundamental a continuidade dos estudos neste domínio, uma vez que o mesmo constitui um campo relativamente recente, no qual existem muitas questões a estudar.

Objetivou-se analisar os conselhos de saúde de duas cidades da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul para verificar a participação da sociedade na fiscalização e construção do sistema de saúde pública.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado junto aos Conselhos Municipais de Saúde das cidades de Sapucaia do Sul e São Leopoldo, situadas no Rio Grande do Sul, pertencentes à região metropolitana de Porto Alegre. A pesquisa se caracteriza por ser qualitativa, a partir dos dados colhidos junto aos conselheiros usuários dessas unidades. Para a coletar dos dados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, elaborando um roteiro com os secretários de saúde nas respectivas cidades, nesta mesma ocasião os membros dos conselhos de saúde receberam e responderam a um questionário com perguntas fechadas no momento da entrevista.

Este estudo teve cunho prospectivo, transversal e descritivo do trabalho e atuação dos membros de conselhos municipais de saúde. Foi realizada uma entrevista com os secretários de saúde nas respectivas cidades: Sapucaia do Sul/RS e São Leopoldo/RS onde foi abordado o conceito, organização e importância dos conselhos de saúde na fiscalização e construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADO E DISCUSSÃO

O trabalho foi composto por 48 membros dos conselhos municipais de saúde, sendo 20 de Sapucaia do Sul e 28 de São Leopoldo, onde foram submetidos a um questionário.

Nos questionários foram analisadas informações como: faixa etária, raça, estado civil, sexo, escolaridade entre outros, como pode ser observado na Tabela 1.

TABELA 1: Perfil dos participantes do estudo que avaliou os Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de Sapucaia do Sul/RS e de São Leopoldo/RS.

Perfil da população	n	%
Faixa etária		
18-19	1	2,08
20-29	10	20,83
30-39	17	35,42
40>	**20**	**41,67**
Raça		
Branca	**35**	**72,92**
Negra	9	18,75
Mestiça	3	6,25
Outra	1	2,08
Estado civil		
Casado (a)	**31**	**64,58**
Solteiro (a)	17	35,42
Sexo		
Masculino	16	33,33
Feminino	**32**	**66,67**
Escolaridade		
Fundamental	0	0,0
Médio	**17**	**35,42**
Técnico	11	22,92
Graduação	14	29,17
Pós-Graduação	6	12,5
Total	**48**	**100**

A amostra constituiu-se de 50% (24/48) de representantes de entidades de usuários do Sistema Único de Saúde, 25% (12/48) são de representantes dos trabalhadores de Saúde Municipal, 10,42% (5/48) de prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde Municipal e 14,58% (7/48) do Poder Executivo, indicados pelos Prefeitos Municipais. No município de Sapucaia do Sul/RS, o Conselho Municipal de Saúde está organizado da seguinte maneira: o número de representantes de usuários do SUS é de 50% (10/20), 25% (5/20) são profissionais de saúde, 15% (3/20) são gestores e 10% (2/20) são prestadores de serviço de saúde. Já no município de São Leopoldo/RS, o Conselho Municipal de Saúde está organizado da seguinte maneira: 50% (14/28) são representantes de usuários do SUS, 25% (7/28) profissionais de saúde, 14,28% (4/28) são gestores e 10,72% (3/28) são prestadores de serviço de saúde.

A faixa etária dos entrevistados foi de 38 anos, variando de 19 a 59 anos de idade, sendo 66,67% (32/48) do sexo feminino, no qual 64,58% (31/48) são casados. A maioria dos membros dos conselhos Municipais de Saúde 72,92% (35/48) era da raça branca. Dentre as pessoas que participaram do estudo, 35,42% (17/48) possuíam o ensino médio. Sendo que a maioria está ligada a partidos políticos.

O perfil do ingresso no conselho municipal de saúde, filiação partidária, seguimento social a que representa e outras informações estão apresentados na Tabela 2.

TABELA 2: Verificou o nível de conhecimento, ingresso e perfil dos membros dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de Sapucaia do Sul/RS e de São Leopoldo/RS.

Perfil da amostra	n	%
Filiado em algum partido político.		
Sim	**27**	**56,25**
Não	21	43,75
Você esta no conselho por indicação política		
Sim	**27**	**56,25**
Não	21	43,75
Você Sabe qual é a função do conselho municipal de saúde na construção do SUS.		
Sim	**31**	**64,58**
Não	17	35,42
Participou de Oficina ou algum Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde?		
Sim	**48**	**100**
Não	0	0
Seguimento social da qual faz parte		
Político	**27**	**56,25**
Igreja	03	6,25
Lideranças de bairro	6	12.5
outros	12	25
Total	**48**	**100**

Ao analisarmos o perfil e a função do Conselho Municipal de Saúde, 35,42% (17/48) não soube descrever qual era a função do Conselho na construção do SUS e, 64,58% (31/48) conseguiram apresentar conhecimento sobre esta temática, foi observado que 56,25% (27/48) das pessoas avaliadas representa indiretamente o setor político, 50% (24/48) representa o seguimento de usuários (Figura 1) e 56,25% (27/48) dos conselheiros foram eleitos pela conferência municipal de saúde (Figura 2).

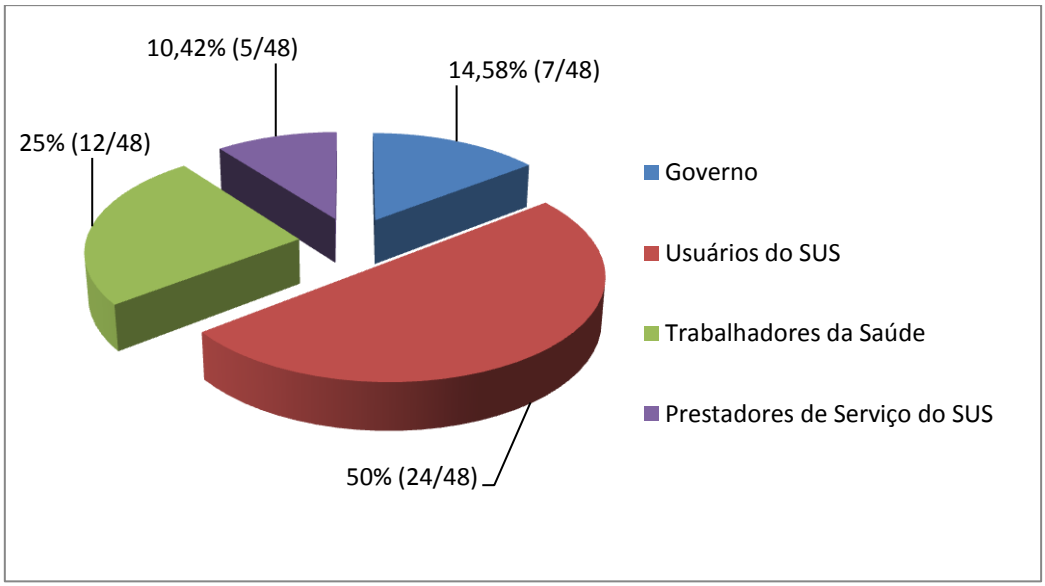

Figura 1: Distribuição quanto aos seguimentos que compõem os conselhos municipais.

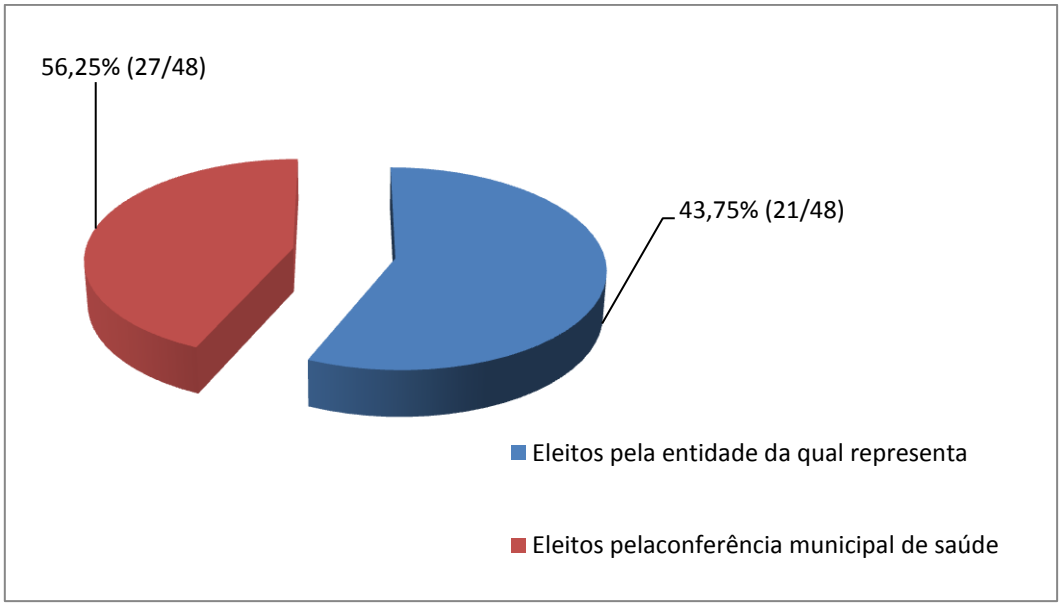

Figura 2: Distribuição quanto à maneira de ingresso no conselho municipal de saúde.

Quando questionados se já participaram de alguma ação que proporcionou a oportunidade de opinar, acompanhar e exigir do poder público local melhorias para a saúde, a maior parte 60,42% (29/48) dos usuários do SUS entrevistados afirmaram que nunca participaram. Diferentemente dos trabalhadores do SUS, que em número significativo já participou de alguma ação desse porte (Figura 3).

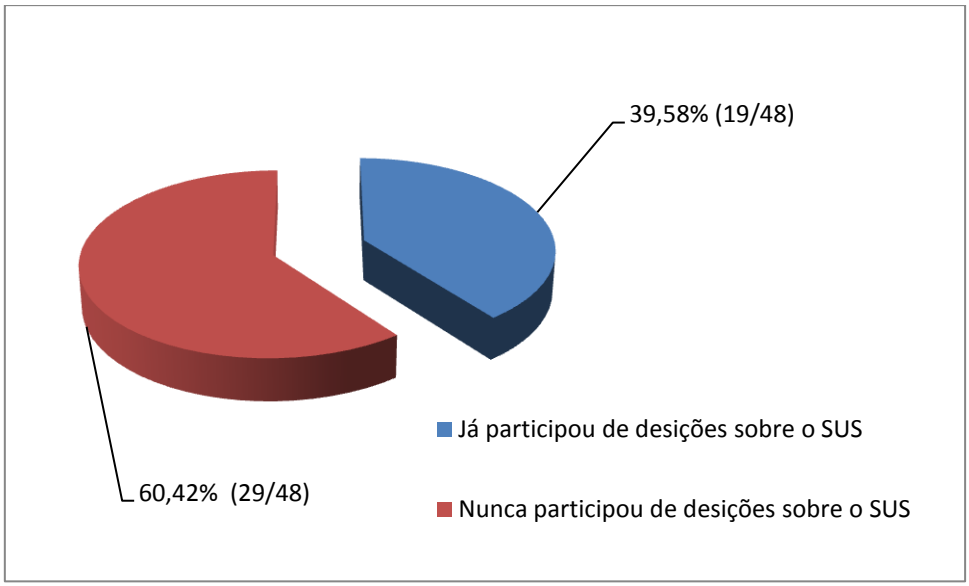

Figura 3: Conselheiros que já participaram de decisões sobre o SUS em sua cidade.

As concepções colocadas pelos entrevistados que afirmaram conhecer acerca do Controle Social em Saúde, apresentou com significados semelhantes que trouxeram a percepção de participação social na luta pela melhoria em saúde; o planejamento, organização da população na luta pela resolução dos problemas de saúde pública e cobrar dos gestores seus direitos, o empoderamento da população visando erguer possibilidades para que esta seja participante ativa da construção de um projeto fundamentado no SUS; acompanhamento e fiscalização da sociedade sobre as ações e serviços de saúde (BÓGUS, 1998).

A participação da população é fundamental para influenciar as decisões tomadas pelo poder público local, contribuindo de forma positiva na democratização deste poder e fortalecendo a cidadania. A baixa participação dos usuários do SUS gera prejuízos para a própria população. É essencial que haja a participação da sociedade, discutindo e apresentando suas necessidades ao gestor na tentativa de viabilizar soluções que resultem em melhorias para a saúde de todos (MERHY, 2006).

Não basta a criação e a implantação de mecanismos de participação, tais como os conselhos, para que haja participação efetiva. Uma participação popular que influa efetivamente nas políticas públicas pressupõe a existência de práticas participativas no âmbito da sociedade civil. Portanto, além de mobilização da sociedade civil, há de se levar em consideração a orientação governamental.

Perfil dos conselheiros municipais de saúde

No momento em que foram analisadas a participação de oficinas ou em curso de capacitação de conselheiros de saúde 100% relataram ter participado. Antes da constituinte de 1988, a saúde não atingia a todos os brasileiros, era o Modelo Médico-Assistencial Privatista na qual foi marcado por insatisfações populares onde clamava-se por mudanças estruturais. Neste período o Ministério da Saúde atuava principalmente na prevenção de doenças (ex: vacinação) e promoção da saúde, onde a assistência médico-hospitalar servia aos indigentes, ou seja, aquelas pessoas que não tinham acesso ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada.

Com a Lei 8,080 (BRASIL. COLLOR, 1990) surge o conceito de universalidade, ou seja, a saúde é um direito de todos e um dever do estado. A integridade onde a atenção a saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos. Além desses conceitos surgiram a equidade, assegurando a todos o direito de igualdade de oportunidade em usar o sistema único de saúde (SUS) e por fim a participação da comunidade, ou seja, o controle social que foi regulamentado com a Lei 8.142/90. Os usuários participam da gestão do SUS através de conferências de saúde que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos conselhos de saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorrem a chamada paridade: onde os usuários tem a metade das vagas, o governo e os prestadores de serviço da saúde tem um quarto e por fim os trabalhadores da saúde tem outro quarto. Tendo em vista que o controle social ainda está em construção e é algo novo na sociedade, existem muitos ajustes a serem feitos (CANESQUI, 2007).

CONCLUSÃO

O controle social na saúde ocorre por representações nos conselhos de saúde, que são órgãos colegiados em que participam representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores da saúde e dos gestores. As questões apresentadas neste trabalho nos trazem uma reflexão do Controle Social do SUS. A proposta ratifica e reforça a visão de participação social na gestão da política pública de saúde. Nessa perspectiva, é preciso haver o envolvimento da sociedade nos assuntos governamentais na tentativa de democratizar. A partir dos dados empíricos, ficou constatado que a concepção de controle social requer maior esclarecimento. A maioria dos entrevistados não tem conhecimento do Controle Social, o que dificulta a superação das limitações. Portanto, é necessário o entendimento dos usuários a respeito de seus direitos, para que exercitem o poder de mobilização e participação social na política pública. Neste sentido, processos educativos participativos poderiam ser utilizados para capacitação dos envolvidos, com vistas a fortalecer o controle social na saúde. Acredito que a educação para o controle social deva estar inserida em uma política de educação permanente dos diferentes seguimentos: usuários, trabalhadores e gestores para a participação social no SUS.

Compreendemos o importante papel da sociedade civil organizada em participar ativamente da formulação, execução e fiscalização da política de saúde local. São muitos os desafios postos para tal fim, a começar pela superação da falta de mobilização social, falta de conscientização da população de seus direitos e deveres. A implementação dos SUS é um processo inacabado e por isso, muitas são as ações a serem realizadas, acredito que através da reflexão deste e de outros temas poderemos auxiliar no processo de transformação da saúde em nosso país. Nessa perspectiva temos consciência de que a sociedade exerce um importante papel, não só nas ações com vistas ao controle social, mas na busca de praticas que fortaleçam o SUS de uma forma mais ampla.

Sendo assim, é fundamental que os instrumentos do controle social e os espaços onde este acontece sejam percebidos pelos profissionais e usuários inseridos nesse contexto na medida em que, torna-se possível direcionar as demandas e exigir do poder público melhorias nas ações e serviços de saúde local. Nessa direção, a falta de participação da população no controle do SUS acaba por possibilitar a inserção da lógica privatista submetendo-o aos limites impostos pelo capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BÓGUS, C. M. **Participação popular em saúde**: formação política e desenvolvimento. São Paulo : Annablume : FAPESP, 1998.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **A Pratica do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS, 2002.** Disponível em: http: http://sna.saude.gov.br/download/A_Pratica_Controle_Social.pdf.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, 2006.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, 2010.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf

5. BRASIL . Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.

6. BRASIL. Constituição Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 20 de Agosto 2012.

7. BRASIL. Constituição Federal. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 20 de Agosto 2012.

8. CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro : Hucitec; Abrasco, 2007.

9. CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil** : participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro : FASE/IBAM, 2009.

10. ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

11. MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**. 2.ed. Campinas : Papirus, 2006.