

CONSELHOS DE SAÚDE COMO UMA FORMA VIABILIZADORA DO CONTROLE SOCIAL¹

Caroline Ottobelli²

Patrícia Zadinello³

Angela Enderle Candaten⁴

Alessandra Regina Müller Germani⁵

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência acerca de uma visita ao Conselho Regional de Saúde, pelos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen. A referida visita objetivou contribuir para a construção do conhecimento a respeito da atuação dos Conselhos e sua relação com as políticas de saúde nos municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo que a mesma foi realizada no 2º Semestre de 2006. Constatou-se que a reunião serviu para

¹ Artigo referente a um relato de experiência junto a uma visita ao Conselho Regional de Saúde.

² Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador (URI), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde – caroline@fw.uri.br

³ Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador (URI) - patyzadinello@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira Supervisora de estágios do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen - angela_ecandaten@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem (UFSC), professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen – alessandragermani@fw.uri.br

enriquecer os conhecimentos dos acadêmicos no que se refere à estrutura, funcionamento e organização dos Conselhos de Saúde. Além disso, propiciou um melhor entendimento nas questões pertinentes ao planejamento às ações em saúde. Pode-se dizer que os Conselhos de Saúde exercem o papel de viabilizar o controle social e têm por competência examinar e aprovar as diretrizes das políticas de saúde. Cabe salientar a importância de incorporarmos saberes, idéias e atitudes que atuem na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Políticas de Saúde. Controle Social. Consolidação do Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Os Conselhos e Conferências de Saúde foram criados na década de 90, no intuito de promover da comunidade na formulação e fiscalização das políticas de saúde implantadas/implementadas pelos municípios, estados e União, tendo em vista contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, constitucionalmente assegurado para a população brasileira.

Assim, os Conselhos de Saúde, representam um espaço de participação social nos quais, têm origem uma nova cultura política e onde deve configurar-se a prática do diálogo, da contestação e da negociação em favor da democracia e da cidadania, com vistas à consolidação do processo democrático e à diminuição das desigualdades existentes (MOCINHO, SAUPE, 2000. p. 511)

Tendo em vista que o Conselho de Saúde é um espaço de negociação, cujo compromisso dos conselheiros é buscar soluções para os problemas da população local, tendo como perspectiva a democracia, bem como a consolidação do Sistema Único de Saúde no contexto nacional, foi oportunizada uma visita ao Conselho Regional de Saúde, aos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen, no decorrer das aulas teórico-

práticas da disciplina de Saúde Coletiva II-A, a fim de conhecer o papel dos conselheiros de saúde, assim como as atividades exercidas pelos mesmos.

Neste contexto, a participação dos profissionais de saúde é imprescindível para orientar as possibilidades e participar da representação dos trabalhadores na saúde.

Diante de tais considerações, esta visita objetivou contribuir para a construção do conhecimento acerca da atuação dos Conselhos de Saúde e sua competência em indicar as possibilidades para a implantação de políticas de saúde, as quais, devem ser condizentes com a realidade de determinada população.

1 BASE TEÓRICA

Ao abordamos os Conselhos de Saúde no Brasil, não podemos deixar de nos remeter a discutir o período compreendido como Reforma Sanitária Brasileira, momento em que a sociedade se mobilizou a fim de redemocratizar o Sistema Nacional de Saúde, que até então atendia aos interesses de poucos.

Até o fim dos anos 70, pelo fato do autoritarismo e participação popular serem termos antagônicos, não se falava em controle social, porém tal discussão torna-se crescente a partir do fim do governo militar nos anos 80. É a partir daí que se iniciam as discussões sobre a necessidade da população participar, formulando as políticas de saúde em fóruns legais, para que as ações prestadas viessem atender os reais problemas da população (SANTOS, SANTOS, 2005).

Vale lembrar que as primeiras intenções em realizar-se a Reforma Sanitária no Brasil, ocorreu em 1963, com a III Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência abordou pela primeira vez a temática “Saúde”, não da forma curativa, enfocando discussões referentes aos três níveis de atenção, quais sejam, primário, secundário e terciário. E também abordando a necessidade de se descentralizar a gestão dos serviços de saúde, para que os reais problemas de saúde da

população sejam resolvidas, fato que não ocorreu em decorrência do golpe militar de 1964 (OLIVEIRA, 2001).

Outro marco histórico pela busca da participação social efetiva, ocorreu em 1978 com a Conferência de Alma-ATA, na Rússia, constituíram-se numa das premissas do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-Saúde (1980), mas essa diretriz não saiu do papel (OLIVEIRA, 2001).

Ainda na década de 80, é elaborada a estratégia das Ações Integradas em Saúde, as AIS, as quais previam ações voltadas para a prevenção de doenças. Mas, para que tais ações fossem condizentes com as reais necessidades da população, era necessária a participação popular, dessa forma, foram criadas várias comissões dentre elas: CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação), CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde), CRIS (Comissão Regional de Saúde), CIMS (Comissão Municipal de Saúde) e CLIS (Comissão Local de Saúde).

O principal objetivo dessas comissões era melhorar a rede de serviços espalhada nos três níveis de governo, retendo a demanda por cuidados ambulatoriais e hospitalares, financiados pela Previdência Social, sendo que para facilitar a integração das ações dos provedores públicos de serviços, foram criadas comissões interinstitucionais nos níveis: Federal, Estadual, Regional, Municipal e local (CORTES, 2002, p. 7).

No ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência de Saúde, na oportunidade, discutia-se a temática “Saúde como direito de todos”, eixo norteador da Reforma Sanitária.

Em virtude de tais discussões, no ano de 1988, conforme artigos 196 e 200, assegurados pela Constituição Federal Brasileira é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual recomenda a participação popular e a integridade nos sistemas de saúde.

O Controle Social passa a ser regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, que após sofrer 25 vetos em decorrência da existência de artigos que incluíam a participação social, foi complementada pela Lei 8.142/90 que torna legítimo as Conferências

e Conselhos de Saúde como locais de formulação e fiscalização das políticas de Saúde.

Assim, instituem-se os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados, com a instância dirigente fundamental do SUS ao nível local que, como órgãos deliberativos, avaliam a situação de saúde, formulam diretrizes para a prática de saúde, controlam a execução dessas políticas e procede à sua avaliação (MOCINHO, SAUPE, 2000, p. 510).

Os Conselhos e Conferências de Saúde passam a ser um instrumento de controle social mediante uma sociedade organizada que atue na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Controle Social é uma forma de fiscalização da população civil, mediante a formulação e implantação de políticas de saúde as que devem ser condizentes com as reais necessidades da população.

Desde 1988, quando garantida pela Constituição Federal, a participação social é considerada como uma das mais importantes conquistas para a construção de uma sociedade democrática e participativa e de um sistema de saúde mais justo com poder de influência na gestão e produção de políticas de saúde (MOCINHO, SAUPE, 2000).

É relevante salientar que o papel do controle social junto à comunidade visa garantir uma assistência condizente, com responsabilidade e cidadania, isso se dá através da apropriação de mecanismos como: planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde.

A participação popular é a possibilidade de se estabelecer democraticamente as regras, as normas, os modos de viver. É a produção das “necessidades” da vida por seus próprios protagonistas. E, acima de tudo, partilhar poder, é a construção de um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil (SILVA, EGYDIO, SOUZA, 1999, p. 37).

Todos os atores do processo do Controle Social devem ser vistos horizontalmente, estabelecendo um diálogo participativo, baseado em uma educação comprometida com a saúde da população, ou seja, com seus focos voltados para os princípios e diretrizes do SUS.

A educação, para ser válida, deve ajudar o homem, a partir de tudo o que constitui sua vida e não é um instrumento válido se não estabelece uma relação dialética com o contexto da sociedade, na qual o homem está inserido (FREIRE, 1980, p. 34).

Para tanto, quando falamos na questão da participação social, diversos movimentos, os quais caracterizaram a Reforma Sanitária Brasileira, vieram para tornar legítimo o Controle Social, o qual assume uma forma de fiscalização da população civil, indicando assim uma nova modalidade de relacionamento da sociedade com o estado.

Assim, o Controle Social exercido pelos diversos segmentos da sociedade por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde é a garantia de políticas de saúde condizentes com a realidade de determinada comunidade.

2 METODOLOGIA DE AÇÃO

Realizou-se no 2º Semestre de 2006, uma visita ao Conselho Regional de Saúde de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede no município de Frederico Westphalen, na região média do Alto Uruguai do estado do Rio Grande do Sul.

Atualmente a 19ª CRS é constituída por 28 municípios, quais sejam: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Nonoai, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rio dos Índios, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha, sendo que o Conselho Regional de Saúde possui 29 conselheiros, os quais representam os segmentos: do governo, prestadores de serviço, usuários e representantes das 5 microregiões.

3 RELATO E DISCUSSÃO DA VISITA DE ESTUDOS

3.1 Primeiro Momento

Discussão acerca dos Conselhos e Conferências de Saúde em sala de aula, conhecendo o funcionamento, estrutura e organização dos mesmos, visando o entendimento dos acadêmicos, no intuito de contribuir com o planejamento das ações, bem como refletir sobre o papel do controle social junto as políticas de saúde.

Para isso foram utilizados textos complementares, que nos remetiam a uma retrospectiva histórica da organização dos Conselhos de Saúde desde 1963, quando é realizada a III Conferência Nacional de Saúde onde é discutida pela primeira vez a necessidade da descentralização dos serviços de saúde, bem como a participação da população na gestão desses serviços, o que não ocorreu em virtude da ditadura e do golpe militar.

Ao lado da centralização de poder, trazido pelo regime militar, contituia-se um padrão autoritário de administração pública, que defendia o planejamento e a gestão baseados em decisões técnicas e a supressão de canais abertos à manifestação pública de interesses seccionais. Nesse contexto, foram fechados os mecanismos de participação dos trabalhadores (CORTES, 2002, p. 6).

Ainda em busca da participação social ocorrem diversos movimentos sociais, entre eles a Conferência de Alma-ATA em 1978, a implantação das AIS, que eram voltadas para a prevenção de doenças na década de 80, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que posteriormente daria início as discussões acerca do controle e participação social e em 1988 assegurado pela Constituição Federal é criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos tripés de sustentação do SUS é a descentralização, a participação popular e a integralidade nos sistemas de saúde. Diretrizes essas que quando somadas aos princípios de universalidade, equidade, igualdade e resolutividade, formam o arcabouço teórico/filosófico e político, imbuído de orientar e organizar o funcionamento do Sistema Sanitário Brasileiro (OLIVEIRA, 2001).

A participação popular passou a ser regularizada pela Lei Orgânica da Saúde 8.142/90, dessa forma, a formulação e a fiscalização das políticas de saúde passam a ser realizadas pelos Conselhos e Conferências de Saúde.

Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade” e na Lei Federal nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que estabelecia os Conselhos e Conferências de saúde como espaços de representação institucional. Com eles, se pretendia que o controle social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde (GUIZARD, PINHEIRO, 2006, p. 4).

Conforme abordado anteriormente, o Conselho de Saúde é um espaço de negociação, representando a descentralização e a participação social e buscando soluções para a população local, com objetivo de viabilizar um sistema de saúde mais democrático no âmbito nacional.

Os Conselhos de Saúde são instâncias obrigatórias de participação social, devendo existir em todas as esferas de governo, sendo constituídos por representantes deste, prestadores de serviços, trabalhadores do setor saúde e população usuária do serviço de saúde (OLIVEIRA, 2001).

Os Conselhos de Saúde exercem o papel de viabilizar o controle social, visto que o mesmo deve possuir uma paridade entre o número de representantes dos usuários e o número total de representantes dos outros três segmentos (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços). Essa paridade é a garantia de uma real realização de controle social sobre as políticas de saúde, sendo uma forma de participação da comunidade na gestão do SUS.

O “Controle Social” tem origem no campo das ciências sociais e refere-se à adaptação ou a conferir um significado desviante à ação e tem lugar na interação informal ou através de agências especialmente concebidas para este fim. Trata-se de uma noção fortemente normativa e disciplinar relativa a vida em sociedade (GERSCHMAN, 2004).

Todavia a institucionalização dos Conselhos de Saúde a partir

da década de 90 trouxe a possibilidade de consolidação dos direitos sociais mediante um controle social efetivo atuando na perspectiva da construção de políticas de saúde voltadas aos interesses da população.

3.2 Segundo Momento

Visita ao Conselho Regional de Saúde, a fim de contribuir para construção do conhecimento acerca da atuação do conselho e sua representatividade na sociedade, bem como a relevância da participação dos profissionais da saúde junto a esse processo.

Inicialmente os acadêmicos receberam das docentes um roteiro orientativo o qual serviu para facilitar o entendimento dos mesmos sobre os assuntos a serem abordados e tomaram conhecimento da pauta da referida reunião, a qual dispunha sobre: Cadastros, Conselhos Municipais de Saúde, Contratualização, Eleições do Conselho Regional, Eleições Centro Referência e Conselho gestor, Conselho de Gestores e Câmaras técnicas, Farmácia Popular, Pactos, Seminário Regional, Calendário de Pagamentos, PPI's Regionais e Hospitalares. Posteriormente foram apresentados os membros componentes do Conselho Regional de Saúde, presentes na reunião.

Na oportunidade também se fizeram presentes alguns membros da comunidade regional e gestores dos municípios de abrangência da 19ª CRS.

Referente ao cadastramento foi abordada a necessidade do presidente de cada conselho municipal de saúde cadastrar os respectivos membros no sistema criado pelo Conselho Nacional de Saúde, no qual deve constar o nome e o endereço de todos os conselheiros a fim de comprometer os mesmo nas questões pertinentes a cada conselho, bem como o reconhecimento de suas responsabilidades pelas políticas públicas daquele município.

Dando continuidade ao que constava em pauta, foi enfatizado a necessidade de uma efetiva atuação do Conselho Municipal de Saúde, com maior comprometimento dos seus respectivos membros, para que dessa forma ocorresse o exercício do controle social.

Em seqüência, foi discutida a questão da contratualização dos profissionais para a elaboração de projetos no intuito de receber recursos do estado e da união. Na ocasião também definiu-se a data para eleição do novo Conselho Regional de Saúde e Centro de Referência.

Em relação aos pactos foi discutida: a necessidade de adesão dos municípios aos mesmos garantindo uma descentralização de recursos para os municípios e da necessidade de adquirirem um conhecimento sobre os pactos para facilitar a adesão e garantir o controle social e uma maior resolutividade e qualidade nos serviços de saúde através dos indicadores epidemiológicos apresentados pelo município.

O Pacto de gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada – PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006).

As discussões foram longas e em decorrência disso os demais assuntos pautados serão discutidos na próxima reunião extraordinária.

3.3 Terceiro Momento

Retomada e discussão dos assuntos relacionados a reunião em sala de aula, afim de visualizar a percepção dos acadêmicos acerca do que foi explanado na ocasião.

Mediante as colocações dos presentes constatou-se que a reunião serviu para enriquecer os nossos conhecimentos no que se refere a estrutura, funcionamento e organização dos Conselhos de Saúde. Além disso, propiciou um melhor entendimento nas questões pertinentes ao planejamento das ações em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que os Conselhos de saúde exercem o papel de viabilizar o Controle Social e têm por competência examinar e aprovar as diretrizes das políticas de saúde, cabe salientar que a visita

proporcionada aos acadêmicos veio contribuir com o exercí[c]io da cidadania em saúde e com o planejamento das diversas ações nesses serviços.

Nesse sentido retomar o Controle Social proposto e institucionalizado através dos Conselhos de Saúde, problematizando-os frente às demandas de controle exercido, ainda hoje, sobre as populações, faz-se, não somente necessário, mas urgente, no sentido de avaliarmos as limitações e possibilidades contidas no exercício da participação que é possível, neste momento (WENDDHAUSEN, 1997, p. 108).

Dessa maneira, baseados em uma relação dialética como abordado anteriormente, devemos nós futuros profissionais enfermeiros, juntamente com equipe, conselheiros e comunidade envolvida, trabalhar em prol de uma sociedade na conquista de uma saúde mais justa e igualitária que atenda aos interesses de todos, o que só será possível se contarmos com a potencialização do Controle Social e incorporarmos saberes, idéias e atitudes que atuem na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

HEALTH COUNCIL AS AN ENABLER FORM OF SOCIAL CONTROL

ABSTRACT: This is the report of an experience concerning the URI/FW nursing undergraduates visit to the Regional Health Council in 2006/II. The visit objectified to contribute for the construction of the knowledge regarding the performance of the Council and its relation with the health politics in the cities within the XIX Regional Health Coordination. The meeting served to enrich the knowledge of the academics as for the structure, functioning and organization of the Council of Health. Moreover, it offered the undergraduates a better understanding of questions regarding the planning of health actions. It can be said that Health Councils exert the role of making possible the social control and that they have the mission of examining and

approving health politics. It is important to incorporate knowledge, ideas and attitudes that contribute to the consolidation of the Unique Health System (SUS).

Keywords: Health Council. Health Politics. Social Control. Consolidation of the Unique Health System (SUS).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais – Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Guia do Conselheiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências de saúde no SUS. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 1, n. 7. jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação**. Uma nova introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GETSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov/dez 2004: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 05 out. 2006.

GUIZARD, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais e políticos da participação dos Movimentos Sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jun/set 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

MOCINHO, R. R., SAUPE, R. A instrumentalização dos Conselheiros Municipais de Saúde como possibilidade de efetivação do Controle Social. **Revista Texto e Contexto**, v. 9, n. 2. mai./agos. 2000.

OLIVEIRA, J.R. **Criando Conselhos e capacitando Conselheiros de Saúde na Zona Norte de Santa Maria** – A mediação do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. 2001. 23f. Trabalho de Graduação (Estágio Supervisionado em Enfermagem II) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2001.

SANTOS, G. S., SANTOS, A.S. Visitando conceitos e alguns aspectos da prática ligada ao Controle Social em Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, ano 2, ed. 6. 2005.

SILVA, G. G. A.EGYDIO, M. V. R. M., SOUZA, M. C., Algumas considerações sobre o Controle Social no SUS: usuários ou consumidores? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.23, n. 53, p.37 – 42, set./dez.1999.

WENDHAUSEN, A Por um Controle Social popular dos serviços de Saúde: reflexões preliminares. **Revista Texto e Contexto Enfer.** Florianópolis, v.6, n. 3, p. 95–112, set./dez. 1997.