

Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde

Management instruments on the Health Council's agenda

Amanda Araujo Cavalcante^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1257-4565>

E-mail: amandacavalcante@estudante.ufscar.br

Patricia Cristina Magdalena^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0381-8951>

E-mail: patriciam.ufscar@gmail.com

Cristiane Shinohara Moriguchi^a

 <https://orcid.org/0000-0001-6812-1771>

E-mail: cristiane.moriguchi@ufscar.br

^aUniversidade Federal de São Carlos. Departamento de Fisioterapia. São Carlos, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de São Carlos. Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade. São Carlos, SP, Brasil.

Resumo

Trata-se de um estudo de caráter analítico-descritivo, pautado em pesquisa documental sobre a apreciação de instrumentos orçamentários e de planejamento da saúde no Conselho Municipal de Saúde de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo, entre março de 2018 e março de 2020. Os dados foram coletados a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias para, em seguida, realizar a análise temática na apreciação dos instrumentos e encaminhamentos, bem como a análise descritiva dos prazos previstos nos calendários de planejamento da saúde e orçamentário. A análise das apreciações reforça o caráter democrático nas apreciações do conselho, porém, com grandes limitações para o exercício do controle social, tendo em vista o atraso nos calendários orçamentário e de planejamento da saúde. **Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde; Controle Social; Conselhos de Saúde.

Correspondência

Cristiane Shinohara Moriguchi

Rodovia Washington Luis, Km 235, SP 310. São Carlos, SP, Brasil.

CEP 13.565-905.

Abstract

This analytical-descriptive study, based on documentary research regarding the assessment of budgeting and planning instruments in a Municipal Health Council of a medium-sized municipality in the interior of the state of São Paulo, in the period between March 2018 and March 2020. Data were collected from the official records of the ordinary and extraordinary meetings to, then carry out a thematic analysis assessing instruments and referrals, as well as the descriptive analysis of the deadlines predicted for the planning and budget calendars. The analysis of the assessments reinforces the democratic character of the council's assessments, but with major limitations for the exercise of social control, due to the delay in the health budget planning calendar.

Keywords: Brazilian National Health System; Health Planning; Social Control; Health Councils.

Introdução

A participação da comunidade na política de saúde está prevista na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a). Ainda em 1990, a Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b) regulamenta essa participação ao estabelecer os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas com funções específicas nessa política pública. De acordo com o art. 1º, § 2º da Lei nº 8.142/1990, os conselhos atuam “[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 1990b).

A existência de um Conselho de Saúde é condição para que municípios, estados e o Distrito Federal recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), 99,9% dos municípios brasileiros possuíam Conselho Municipal de Saúde (CMS) em 2018. Entretanto, sua existência para cumprimento da lei não é garantia de que exerçam seu papel com efetividade - isto é, que influenciem, de fato, o processo decisório. A literatura tem abordado amplamente essas instituições participativas sob diversos aspectos. A questão da efetividade tem sido mais abordada na última década, em estudos como os de Escorel e Moreira (2009), Rocha (2011) e Pires (2011), que apontam para a baixa influência dos conselhos no processo decisório. A qualidade da deliberação também tem sido estudada, uma vez que é afetada pela assimetria de acesso a informações entre representantes de usuários e representantes dos demais segmentos (com vantagem para estes últimos), a pauta definida pelo gestor e a falta de planejamento e de discussões (Bispo Júnior; Gerschman, 2013; Oliveira; Almeida, 2009).

A centralidade do debate sobre o controle social no planejamento e fiscalização das ações e serviços públicos de saúde é evidenciada não somente pelo papel que os conselhos exercem no ciclo de planejamento da política de saúde, mas também pelos crescentes desafios de uso dos recursos, efeito da Emenda Constitucional nº 95/2016 (Brasil, 2016a), que estabeleceu um novo regime tributário e determinou que nenhum investimento em áreas

sociais poderá exceder o reajuste inflacionário por 20 anos. Assim, os conselhos necessitam desenvolver mecanismos eficazes para influenciarem a alocação, controle e monitoramento da utilização dos recursos para garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, o caráter participativo, permanente e periódico das reuniões, bem como os encaminhamentos das discussões, são partes essenciais. Portanto, a análise das “conduções” do conselho permite identificar barreiras para a efetivação do controle social.

Neste sentido, o objetivo principal do presente estudo foi contrastar o calendário das reuniões do CMS de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo para apreciação dos diversos instrumentos orçamentários e de planejamento - Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) - com o calendário previsto na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017) e analisar o processo de apreciação de cada instrumento.

Como objetivos específicos, pretende-se: (1) avaliar a presença das representações dos segmentos ao longo do biênio; (2) analisar a evolução dos resultados das votações; e (3) descrever as principais barreiras para apreciação dos instrumentos.

Referencial metodológico

A Constituição Federal (Brasil, 1988), nos artigos 165 a 169, estabelece as ferramentas do ciclo de planejamento e orçamento comuns aos três entes federados: Plano Plurianual (PPA), LDO e LOA. Em 2017, foram publicadas as diretrizes para o processo de planejamento do SUS por meio da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro (Brasil, 2017), que descreve o planejamento como um processo cíclico de operacionalização integrada composto por instrumentos de planejamento da saúde e orçamento de governo. De acordo com as diretrizes, são instrumentos de planejamento da saúde: PS e as respectivas PAS; RAG e RDQA; e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, PPA, LDO e LOA (Brasil, 2017). Este processo

interligado, previsto entre os instrumentos, foi utilizado para análise do processo vivenciado em um CMS do interior de São Paulo.

O planejamento do SUS é de responsabilidade individual de cada uma das esferas (municipal, estadual e federal) e deve seguir pressupostos. Dentre eles, inclui-se o incentivo à participação da comunidade como integrante da transparência e visibilidade da gestão da saúde. Destacam-se ainda: os pressupostos direcionadores de planejamento orientado por problemas e necessidades de saúde; e a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e de orçamento do governo e a contribuição para transparência e visibilidade da gestão da saúde (Brasil, 2017).

A elaboração do planejamento no SUS segue um ciclo sequencial entre os diversos instrumentos, o que permite a sincronia das políticas de saúde com as demais políticas governamentais e a interligação entre planejamento, monitoramento e avaliação dos indicadores e metas orçamentárias. Assim, de acordo com Portaria de Consolidação nº 1 (Brasil, 2017), os instrumentos possuem objetivos e datas a serem cumpridas:

- Plano de Saúde (PS): prevê o planejamento para o período de quatro anos, devendo ser elaborado no primeiro ano da gestão em curso, e executado a partir do segundo ano da gestão que o elaborou até o primeiro ano da gestão subsequente. É, portanto, um instrumento de planejamento de longa duração. O PS deve incorporar as recomendações da Conferência de Saúde e tem por finalidade propor prioridades e objetivos a partir da situação de saúde da população local.
- Programação Anual de Saúde (PAS): operacionaliza as intenções do PS por ano de execução, detalhando as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e a previsão orçamentária. Deve ser elaborada e enviada para o CMS antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente.
- Relatório Anual de Gestão (RAG): apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, orientando eventuais redirecionamentos ao PS e às PAS seguintes, e, também, o Sistema de

Pactuação de Indicadores (Sispacto). Deve ser enviado anualmente até 30 de março do ano seguinte da execução orçamentária, cabendo ao conselho emitir parecer conclusivo, que até o ano de 2019 era realizado por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus) e, a partir de 2020, foi substituído pelo portal DigiSUS Gestor, sistema que integra todos os instrumentos de planejamento.

- Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): é um instrumento quadrimestral de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública.

A LDO determina as metas e prioridades para o ano seguinte de execução do exercício orçamentário e orienta a elaboração da LOA, devendo ser apresentada até 15 de abril à Câmara Municipal. Já a LOA estima a receita e fixa as despesas para o cumprimento das metas anuais definidas na LDO e deve ser apresentada até 30 de agosto à Câmara Municipal.

Todos os instrumentos de planejamento no SUS devem ser submetidos à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde (São Paulo, 2017).

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter analítico-descritivo pautado em pesquisa documental das atas das 21 reuniões ordinárias e nove reuniões extraordinárias da gestão de março de 2018 a março de 2020 do CMS de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo.

A frequência de participação dos representantes dos segmentos “Gestores/Prestadores/Profissionais de Saúde” e “Usuários” foi avaliada por semestre (março/2018 - agosto/2018, setembro/2018 - fevereiro/2019, março/2019 - agosto/2019, setembro/2019 - março/2020), sendo separadas em reuniões ordinárias e extraordinárias.

Foi realizada análise temática dos registros sobre a apreciação de cada um dos instrumentos nas atas dos anos de 2018 e 2019. Após a leitura fluente, os núcleos de sentido foram organizados em categorias para interpretação (Minayo, 2014).

A identificação das citações retiradas das atas de 2018 será realizada pela descrições “Ata, 2018”.

As categorias analíticas tiveram como objetivo identificar, em relação às apreciações: seus resultados, os encaminhamentos relacionados e suas datas. As categorias dos resultados das apreciações foram: “aprovado”, “não aprovado”, “retirado de pauta” e “sem parecer do conselho”; também foi quantificado o número de votos favoráveis, abstenções e votos contrários. As categorias dos encaminhamentos foram “emissão de parecer por comissão” e “outras ações”; e as categorias das datas de conclusão das apreciações foram “dentro do prazo” e “atrasado”. Estes dados foram analisados com base no referencial teórico da Portaria de Consolidação nº 1 (Brasil, 2017) e orientações sobre os instrumentos de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (São Paulo, 2017).

Tendo em vista que o estudo foi realizado com base nas atas de um CMS, que são informações de domínio público, há dispensa de aprovação pelo sistema de Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep) segundo a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2016b).

Histórico do Conselho Municipal de Saúde

O CMS estudado, situado em um município do interior do estado de São Paulo com população estimada para o ano de 2021 de 256.915 habitantes (IBGE, [2021]), foi criado por decreto municipal em 1991 e reformulado em 2003 por meio de lei municipal que dispôs sobre a organização e atribuições do conselho. O regimento interno em vigor foi instituído por decreto municipal no ano de 2004. Todos esses instrumentos legais antecedem, portanto, as Resoluções nº 453, de 10 de maio de 2012 (Brasil, 2012b), e nº 554, de 15 de setembro de 2017 (Brasil, 2018), ambas do CNS, que estabelecem as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, bem como a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012a), que traz aos conselhos importante papel na fiscalização, avaliação e controle dos gastos em saúde.

O CMS em questão é composto por 24 conselheiros, sendo 12 usuários, 6 trabalhadores de saúde, 2 prestadores de serviços e 4 gestores (sendo o Secretário Municipal de Saúde e a Chefe de Gabinete do Secretário Municipal de Saúde representantes da gestão). Entretanto, duas dessas representações não foram preenchidas, sendo uma do segmento “Gestores/Prestadores/Profissionais de Saúde”, devido à não participação do representante do Departamento Regional de Saúde, e outra, do segmento “Usuários”. Portanto, na prática, há 22 representações.

No período do presente estudo houve a troca do Secretário Municipal de Saúde (junho/2018) e de duas Diretorias de Saúde (março/2019 e outubro/2019).

Para o funcionamento do CMS e sua representação na sociedade, há a composição prevista de 22 comissões de trabalho, das quais seis estão previstas no Regimento Interno e as demais foram estabelecidas por deliberações. Durante o biênio 2018-2019, apenas quatro destas comissões/representações apresentaram trabalhos efetivos junto ao conselho, sendo elas: Comissão Intersetorial do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); Comissão de Revisão do Regimento Interno; Representante do Grupo Condutor - Rede Cegonha; e Comissão de Registro de Entidades no CMS.

No período deste estudo, o CMS obteve uma sede e uma secretária foi designada, pela SMS, para apoiar as atividades administrativas do conselho. Apesar desses avanços estruturais, observamos, nas questões organizacionais e dinâmica das reuniões, que as pautas foram basicamente definidas pela SMS, sendo raras as pautas de iniciativa da presidência ou dos demais conselheiros.

A organização das reuniões contava com o envio da pauta e dos documentos para apreciação por correio eletrônico com pelo menos cinco dias de antecedência a cada um dos conselheiros. As pautas também eram publicadas no Diário Oficial do município.

As reuniões ocorreram, em sua maioria, no mesmo dia da semana e horário estipulados pelos conselheiros na reunião de posse. A introdução das pautas sobre os instrumentos de planejamento e orçamentários era sempre precedida de apresentação dos documentos pelos gestores municipais ou Diretores de Saúde responsáveis.

No período estudado, promoveu-se uma capacitação aos conselheiros, organizada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização da Secretaria Municipal, que abordou dois temas: recursos e financiamento em saúde; e participação social, representação e o papel dos conselheiros. Esses encontros ocorreram no final do primeiro ano de mandato dos conselheiros, como resultado de solicitações frequentes.

Alguns conselheiros também realizaram cursos de capacitação que foram ofertados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e pelo CNS nos anos de 2018 e 2019.

Resultados e discussão

Participação por segmento

Ao longo do biênio, pôde-se perceber uma diminuição da participação de representantes dos usuários, com participação ainda menor nas reuniões extraordinárias (Tabela 1). A menor participação do segmento dos usuários em relação aos outros segmentos também foi identificada por Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020). Para estes autores, além da menor participação deste segmento, a escolha dos representantes por critérios não eleitorais e a baixa relação dos representantes com os seus representados são fatores que influenciam a representatividade e, conseqüentemente, o desempenho dos conselhos.

Nossa hipótese, especialmente para a menor participação de usuários nas reuniões extraordinárias, é que estas eram agendadas com pauta única relativas a assuntos como RAG, PAS, LDO e LOA, tópicos de maior complexidade que demandam linguagem técnica, análises e discussões de tais documentos. A menor participação dos usuários nestas discussões, demonstrada pela ausência nessas reuniões, indica que as discussões e deliberações centrais de instrumentos de planejamento ficavam reduzidas a gestores, prestadores e profissionais da saúde.

Observa-se que a diminuição da participação de usuários compromete a paridade na representação e a própria legitimidade do processo de tomada de decisão. Para garantia da paridade nas decisões, medidas como revisão do regimento para

substituição de entidades que não comparecem, bem como o fortalecimento dos conselhos locais para engajamento da população no conselho, são ações que podem aumentar a paridade nas decisões (Souza et al., 2012). Além disso, o distanciamento dos conselheiros dos movimentos sociais tem acrescentado barreiras para que a instância dos conselhos de saúde atenda às necessidades da

população ao invés de interesses próprios ou que atue apenas para cumprimento legal (Shimizu; Moura, 2015). Reconhece-se, desta forma, que, embora haja previsão legal de paridade para a participação social, há necessidade da contínua mobilização social para atuação em prol da coletividade e não de interesses de pequenos grupos (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

Tabela 1 – Média e desvio-padrão da frequência de participação dos conselheiros ao longo de um biênio, separados em dois segmentos: “Gestores/Prestadores/Profissionais de Saúde” e “Usuários”

Segmento	Março/2018- agosto/18 (n=6 reuniões)	Setembro/2018- fevereiro/2019 (n=6 reuniões)	Março/2019- agosto/2019 (n=5 reuniões)	Setembro/2019- março/2020 (n=4 reuniões)	Reuniões extraordinárias (n=9 reuniões)
Gestores/Prestadores/ Profissionais de Saúde (n=11 conselheiros)	M=90,7 DP=14,7	M=64,8 DP=19,4	M=70,0 DP=25,4	M=65,0 DP=39,4	M=67,9 DP=21,4
Usuários (n=11 conselheiros)	M=80,0 DP=33,1	M=70,4 DP=26,1	M=68,9 DP=30,2	M=58,3 DP=45,1	M=48,6 DP=34,5

M: média; DP: desvio padrão.

A participação social nos conselhos, no sentido de garantir a democratização da gestão da saúde com a partilha do poder de decisão, requer persistência na luta pela sua efetivação. Os conselhos representam a conquista do direito de discutir as políticas de saúde e incluir as demandas dos usuários (Oliveira; Pinheiro, 2010). No entanto, acumulam-se experiências que demonstram as desigualdades na capacidade de influenciar as decisões em desfavor dos representantes dos usuários na saúde pelos recursos, como a hierarquia estabelecida pelo conhecimento, o acesso privilegiado a informações e o uso da burocracia (Lima, 2020). Os conselheiros atuam em espaços limitados pela lógica governamental no que se refere a recursos orçamentários escassos, necessidade de atender uma grande demanda, pressões político-partidárias e disputas de poder (Romão, 2013). Não obstante, o rompimento com o histórico de organização das políticas públicas de forma centralizada e imposta pelo Estado, assim como a grande desigualdade social e concentração de renda, somam-se aos desafios enfrentados para a efetiva participação social (Oliveira; Pinheiro, 2010).

A capacitação dos conselheiros se apresenta como um desafio reportado em outros estudos (Souza et al., 2012). Para além de uma formação técnica para compreensão do planejamento de saúde e orçamentário, a capacitação para compreensão da função do conselheiro, para a valorização do conselho e para o desenvolvimento de competências como ética, moral e responsabilidade também se apresentam como demandas para o exercício do controle social (Souza et al., 2012). No entanto, é necessário considerar a necessidade da transformação das instituições para garantir a participação dos cidadãos nas discussões (Oliveira; Pinheiro, 2010) com uso de linguagem apropriada e apresentação de documentos acessíveis aos conselheiros.

Calendário de reuniões e apreciações das pautas

O Quadro 1 apresenta o calendário das reuniões do CMS e os resultados das apreciações dos instrumentos de planejamento de saúde e planejamento orçamentário avaliados no presente estudo. Como pode ser visto ao longo das

atividades desenvolvidas no CMS, a apreciação destes instrumentos ocorreu durante todo o biênio. Conforme já mencionado, a maioria das reuniões extraordinárias foram necessárias para possibilitar a continuidade das discussões pelos instrumentos de planejamento de saúde e orçamento.

Quadro 1 – Mês das reuniões ordinárias e extraordinárias, resultados das apreciações do conselho sobre os instrumentos de planejamento de saúde e planejamento orçamentário e encaminhamentos

Mês/Ano Identificação da reunião	Instrumento de planejamento Resultado da apreciação	Prazo de acordo com o calendário de planejamento
03/2018 1 Reunião Ordinária	3 RDQA 2017 Apreciação: aprovado.	3 RDQA – Atrasado
04/2018 2 Reunião Ordinária	RAG 2016 Apreciação: aprovado.	RAG 2016 – Atrasado
04/2018 1 Reunião Extraordinária	PS 2018-2021 Apreciação: aprovado, com 2 abstenções. Encaminhamento: correções a serem enviadas em próxima reunião. LDO 2019 Apreciação: retirado de pauta.	PS – Dentro do prazo
05/2018 3 Reunião Ordinária	LDO 2019 Apreciação: aprovado, com 4 votos favoráveis e 9 abstenções. 1 RDQA 2018 Apreciação: aprovado com 4 votos favoráveis, 4 votos contra e 5 abstenções, presidente do Conselho votou favorável. Encaminhamento: formação de Comissão de Conselheiros e Gestores para elaboração conjunta de RDQA a ser apresentado ao CMS em próximo RQDA.	LDO – Atrasada 1 RDQA – Dentro do prazo
06/2018 4 Reunião Ordinária	PAS 2018 Apreciação: retirado de pauta.	
07/2018 5 Reunião Ordinária	Sem pauta relacionada ao tema do estudo, mas com registro de cobrança para apresentação PAS 2018 e 2019.	
08/2018 6 Reunião Ordinária	PAS 2018. Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: formação de Comissão de Conselheiros e Gestores para elaboração conjunta da PAS.	
09/2018 7 Reunião Ordinária	LOA 2019 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: análise e parecer de Comissão de Conselheiros e Gestores já formada para análise de outros instrumentos. 2 RDQA 2018 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: análise e parecer de Comissão de Conselheiros e Gestores já formada para análise de outros instrumentos.	

continua...

Quadro I – Continuação

Mês/Ano Identificação da reunião	Instrumento de planejamento Resultado da apreciação	Prazo de acordo com o calendário de planejamento
09/2018 2 Reunião Extraordinária	2 RDQA 2018 Apreciação: aprovado, com 1 abstenção. Encaminhamento: assinatura de Carta de Compromisso de Diretores e Secretário de Saúde para cumprimento do planejamento. LOA 2019 Apreciação: sem parecer. LOA 2019 seguiu para o Legislativo sem parecer do CMS	2 RDQA – Dentro do prazo LOA – Atrasada
10/2018 8 Reunião Ordinária	Sem pauta relacionada ao tema do estudo.	
11/2018 9 Reunião Ordinária	Sem pauta relacionada ao tema do estudo.	
12/2018 10 Reunião Ordinária	PAS 2018. Apreciação: aprovado. Encaminhamento: inclusão de ressalvas no Parecer do Conselho disponível no Sargsus. RAG 2017 Apreciação: retirado de pauta.	PAS – Atrasada RAG 2017 – Atrasado
12/2018 3 Reunião Extraordinária	Sem pauta relacionada ao tema do estudo, mas com registro de cobrança para apresentação RAG 2017 e PAS 2018.	
01/2019 11 Reunião Ordinária	Sem pauta relacionada ao tema do estudo.	
02/2019 12 Reunião Ordinária	3 RDQA 2018 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: convocação de diretores para esclarecimentos.	
02/2019 4 Reunião Extraordinária	3 RDQA 2018. Apreciação: aprovado, com 3 votos favoráveis, 7 abstenções.	3 RDQA – Dentro do prazo
04/2019 13 Reunião Ordinária	LDO 2020 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: correções na LDO 2020.	
04/2019 5 Reunião Extraordinária	LDO 2020 Apreciação: não aprovado, com 6 votos contrários.	LDO – Dentro do prazo
05/2019 14 Reunião Ordinária	1 RDQA 2019 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: envio de dúvidas por e-mail.	
05/2019 6 Reunião Extraordinária	1 RDQA 2019 Apreciação: não aprovado, com 4 votos contrários, 2 favoráveis e 1 abstenção.	1 RDQA – Dentro do prazo

continua...

Quadro I – Continuação

Mês/Ano Identificação da reunião	Instrumento de planejamento Resultado da apreciação	Prazo de acordo com o calendário de planejamento
06/2019 15 Reunião Ordinária	RAG 2017 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: formação de Comissão Conselheiros e Gestores para parecer sobre RAG 2017.	
07/2019 16 Reunião Ordinária	RAG 2017 Apreciação: retirado de pauta. Encaminhamento: gestão deverá atender às solicitações da Comissão.	
08/2019 17 Reunião Ordinária	RAG 2017 Apreciação: aprovado Encaminhamento: inclusão de ressalvas no Parecer do Conselho disponível no Sargsus. PAS 2019 Apreciação: aprovado. Encaminhamento: comissão realizou três reuniões sobre a PAS e enviou relatório para apoiar decisão.	RAG 2017 – Atrasado PAS 2019 – Atrasada
09/2019 18 Reunião Ordinária	2 RDQA 2019 Apreciação: aprovado, com 5 votos favoráveis, 4 contrários e 1 abstenção. Encaminhamento: comissão enviou relatório para apoiar decisão.	2 RDQA – Dentro do prazo
10/2019 19 Reunião Ordinária	LOA 2020 Apreciação: aprovado. Encaminhamento: ofício ao Legislativo sobre corte de recursos para Setor da Saúde	LOA 2020 – Atrasada
11/2019 20 Reunião Ordinária	PAS 2020 Apreciação: retirado de pauta.	
12/2019 7 Reunião Extraordinária	PAS 2020 Apreciação: aprovado, com 1 abstenção e 1 voto contrário.	PAS 2020 – Atrasada
12/2019 21 Reunião Ordinária	RAG 2018 Apreciação: retirado de pauta.	
01/2020 8 Reunião Extraordinária	Sem pauta relacionada ao tema do estudo.	
02/2020 22 Reunião Ordinária	3 RDQA 2019. Apreciação: não aprovado. RAG 2018 Apreciação: retirado de pauta.	3 RDQA – Dentro do prazo
03/2020	Cancelada devido à pandemia da covid-19	

Por meio do Quadro 1, verifica-se a atuação do CMS como órgão permanente e com registro de suas reuniões por meio de atas e a necessidade frequente de reuniões extraordinárias para apreciação das pautas relacionadas aos instrumentos de planejamento de saúde e de orçamento. Percebe-se, ainda, a grande exigência destas pautas nas reuniões, que repercutiram na dificuldade do estabelecimento de uma agenda própria de assuntos e demandas, sendo as pautas e datas geralmente definidas pelas necessidades dos gestores.

Nota-se também que o ciclo de planejamento, que prevê um calendário integrado entre o planejamento em saúde e orçamentário, não foi executado, com predominância de atrasos na apresentação dos instrumentos pela gestão municipal. O processo de planejamento em saúde é de responsabilidade de cada esfera e deve ser contínua, sendo obrigações condicionantes para o recebimento de transferências intergovernamentais (São Paulo, 2017). O não cumprimento dos prazos do ciclo de planejamento impede que o controle social desempenhe suas funções, uma vez que impossibilita sua participação na tomada de decisões pelos gestores.

Ao longo do biênio, notam-se votações com grande quantidade de abstenções, também com divisão do plenário quanto à aprovação, havendo uma decisão deferida pelo presidente do Conselho devido ao empate. Nossa hipótese é que estes resultados demonstram insegurança inicial dos conselheiros e uma evolução no sentido de sua apropriação sobre as pautas, com evidência de divergências nas apreciações ao longo do biênio. Reforçam esta hipótese estudos na literatura que apontam a necessidade de qualificação dos processos decisórios por meio da ampliação da participação social nos diversos fóruns para fortalecimento das argumentações com base na situação e necessidades em saúde da população (Shimizu; Moura, 2015), bem como qualificação para competências relacionadas à discussão e aprovação do planejamento de saúde e orçamentário (Souza et al., 2012).

Importante destacar a relevância destes resultados de apreciação para que prevaleça o interesse público, no sentido da preservação da liberdade de opinião

nas decisões, bem como a necessidade de investir na construção de consensos em vista das melhores decisões para a população (Costa; Vieira, 2013). Apesar da composição paritária, nota-se a influência dos conselheiros representantes da gestão pela aprovação das pautas, principalmente nas decisões que envolveram grande número de abstenções, como a LDO 2019 (aprovada com quatro votos favoráveis e nove abstenções) e o 3º RDQA de 2018 (aprovado com três votos favoráveis e sete abstenções). Nas atas, não foi possível identificar os votos por segmento. No entanto, os conselheiros representantes da gestão eram os responsáveis pela elaboração dos instrumentos orçamentários e de planejamento e votavam favoráveis a sua aprovação. Neste sentido, a reprovação nas apreciações pode ser reconhecida como a força da sociedade civil exercendo seu papel na exigência de melhorias junto aos gestores (Costa; Vieira, 2013).

Dentre os instrumentos de planejamento de saúde, pôde-se verificar uma grande dificuldade no desenvolvimento do planejamento anual de saúde. No início de 2018, a PAS 2019 deveria ser apreciada - no entanto, a PAS 2018 ainda não havia sido elaborada. Esta foi submetida em junho de 2018, mas foi retirada de pauta pela gestão sem apreciação do conselho e reapresentada apenas em agosto de 2018. Constatou-se que a versão da PAS 2018 apresentada em agosto constava de um recorte do ano de 2018 do PS e não cumpria o detalhamento das ações e serviços, os indicadores e/ou a previsão de alocação de recursos orçamentários do ano conforme orientações da Secretaria Estadual de Saúde (São Paulo, 2017). De acordo com a 6ª ata da Reunião Ordinária: “[...] este documento é um espelho do Plano de Saúde [...]” e “[...] planos têm que ser apresentados de maneira detalhada e sugere que [...] esse plano seja reelaborado” (Ata, 2018). A partir da reunião, foi formada uma comissão com conselheiros e gestão/diretores de Saúde para reapresentação da PAS. A PAS 2018 foi reapresentada apenas em dezembro de 2018 e aprovada, porém, com as seguintes ressalvas indicadas na ata da 10ª Reunião Ordinária: “[...] documento apresentado pela gestão em tempo inoportuno, uma vez que impossibilitou o efetivo exercício do controle social sobre as políticas públicas municipal e não subsidiou os outros documentos orçamentários (LDO e LOA)” (Ata, 2018).

Já a PAS 2019 foi trabalhada pela comissão antes de ser apreciada, com apresentação de relatório ao conselho. Com esta organização, foi aprovada em uma única reunião, porém, apenas em agosto de 2019, e a aprovação da PAS 2020 aconteceu em dezembro de 2019. Neste cenário, as PAS de 2018 a 2020 não cumpriram seu papel de planejamento em saúde integrado ao planejamento orçamentário, uma vez que foram apresentadas no final dos anos em curso.

Apesar disso, pôde-se verificar um avanço no processo de planejamento, uma vez que conselho e gestão se aprofundaram sobre a diferença e a compatibilidade entre os instrumentos PS e PAS. Além disso, rompe-se o histórico de reapresentar a mesma PAS nos quatro anos de vigência do PS para que esta seja um instrumento de planejamento para ações, metas e indicadores da saúde e pautado na reavaliação das ações. Nota-se, assim, o empenho da gestão e do CMS para avanço no planejamento em saúde por meio da qualificação da apreciação da PAS de 2018 a 2020. Neste sentido, possibilita-se que a PAS 2021 seja apreciada dentro do calendário do ciclo de planejamento.

Além da PAS, o atraso nos RAG também não permitiu que ações de planejamento fossem realizadas com base em dados do ano anterior. No biênio 2018-2019, foram aprovados o RAG 2016 e 2017, e o RAG 2018 foi submetido em 2020. O aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento em saúde não prevê apenas projeção de metas, mas também o monitoramento e avaliação dos resultados alcançados com as estratégias realizadas (São Paulo, 2017). Assim, o atraso na apresentação dos RAG interfere em um dos princípios do planejamento do SUS para o atendimento às necessidades da população, uma vez que não permite que o Conselho de Saúde obtenha os resultados alcançados com a execução da PAS do ano anterior para definição, construção ou revisão das diretrizes, metas e objetivos do próximo ano.

Os RDQA foram os únicos instrumentos de planejamento em saúde que cumpriram os prazos do ciclo de planejamento. É importante salientar que, embora pelo disposto na Lei Complementar nº 141/2012 não caiba ao conselho a aprovação ou rejeição do RDQA, mas a análise com recomendações

de aprimoramento ao gestor (Brasil, 2012a), ele é submetido a votação no presente CMS.

A apresentação apenas do RDQA dentro do prazo pode ser justificada pela necessidade de sua apresentação em audiência pública ao Poder Legislativo, conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012a). Situação semelhante pode ser observada para os instrumentos PS, LOA e LDO, que foram apresentados atrasados em relação ao ciclo de planejamento do gestor junto ao CMS, porém, os prazos de envio para o Poder Legislativo foram cumpridos adequadamente. Para o cumprimento do calendário do Poder Legislativo, as discussões ocorriam sob pressão para aprovação e com insistência do agendamento de reuniões extraordinárias na sequência da reunião ordinária no CMS. A redução do período de discussão para encaminhamento à votação compromete a legitimidade do processo democrático na tomada de decisão, que deve contemplar o debate e negociação no conselho, a fim de que se considerem os diversos pontos de vista para deliberação pública (Lima, 2020).

O frequente atraso nos calendários de planejamento de saúde e orçamentário e a falta de compromisso com a apresentação adequada dos instrumentos demonstram a fragilidade do controle social enquanto prioridade da gestão. Verifica-se, assim, a ausência de prática de planejamento participativo por parte da gestão, contrariando o que dispõe a legislação quanto ao processo de planejamento ascendente e integrado da política de saúde (Brasil, 2012a). Essa condição, aliada à prevalência da agenda da gestão na definição das pautas do conselho, contribui para o reforço de questões históricas, como a centralização de poder e concepção excessivamente técnica do planejamento, que dificultam a participação social (Shimizu et al., 2013). Essas questões refletem o distanciamento, na prática, da ideia de participação como partilha de poder de governar, como era concebida pelos movimentos sociais que integraram a luta pelo direito à saúde e a participação da comunidade na década de 1980.

A formação de comissões junto à gestão mostrou-se necessária para apreciação de todos os instrumentos de planejamento. As comissões voltadas aos instrumentos de planejamento permitiram a capacitação tanto dos conselheiros

como dos gestores para compreensão de cada instrumento. Ainda, estas comissões iniciaram a reflexão sobre a apresentação dos documentos de forma mais compreensível aos conselheiros, evitando a apresentação de apenas documentos técnicos de alimentação em sistemas como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Neste sentido, as comissões se constituíram em grande avanço para os trabalhos de apreciação dos instrumentos de planejamento.

Pode-se considerar que a formação das comissões para apoio às decisões no conselho mostrou-se como estratégia encontrada para superar barreiras históricas de exclusão da participação social na definição de políticas públicas. Neste sentido, verifica-se que a capacitação dos conselheiros não se restringe a momentos determinados, mas na perspectiva de educação permanente (Shimizu; Moura, 2015), na composição de grupos de trabalho, bem como no desenvolvimento dos trabalhos do conselho. No entanto, para a efetivação da participação social na saúde, é necessária a capacitação de todos, o que envolve também o segmento de gestores e profissionais da saúde, no sentido de transformação da cultura política (Oliveira; Pinheiro, 2010).

Considerações finais

No presente artigo, apresentamos e discutimos a experiência do CMS de um município do interior do estado de São Paulo, no período de março de 2018 a março de 2020, na análise de instrumentos de planejamento da saúde e de orçamento do SUS. Com base nestes resultados, podemos identificar as dificuldades dos conselheiros para exercício do controle social tanto na compreensão das pautas como na disputa com a gestão, tendo a retirada de pauta e a análise por comissões compostas por gestores e conselheiros como principais resultados das votações e dos encaminhamentos no processo de apreciação. Evidenciou-se também séria desconexão entre planejamento e execução da política, refletida na apresentação tardia dos instrumentos de planejamento de saúde e orçamentário. Neste sentido, verifica-se grande fragilidade da participação social na gestão das

políticas sociais voltadas para saúde, mesmo com a institucionalização do conselho e do calendário de planejamento, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de capacidades estatais para promoção da participação.

Referências

- BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000100002
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 2016a. Seção 1, p. 2-3.
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012a. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2012b. Seção 1, p. 138-139.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016b. Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017. Aprova diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 2018. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Ipea, 2013. V. 3, p. 237-271.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. (Org.). *Participação,*

democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247. Disponível em: < https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participacao.pdf > Acesso em: 9 out. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Brasília, DF, [2021]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 9 out. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Perfil dos municípios brasileiros*: 2018. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101668.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2021.

LIMA, J. de C. O papel da argumentação em processos deliberativos nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 24, e190495, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190495

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, L. C. de; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500020

OLIVEIRA, M. L. de; ALMEIDA, E. S. de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, 2009. DOI: 10.1590/S0104-12902009000100014

PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: Ipea, 2011. v. 7.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-185, 2011. DOI: 10.1590/S0104-44782011000100011

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa:

estudo sobre avaliação de desempenho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00241718, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00241718

ROLIM, L.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

ROMÃO, W. M. As manifestações de junho e os desafios à participação institucional. *Boletim de Análise Político-Institucional*, Brasília, DF, v. 4, p. 11-17, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Instrumentos de planejamento de saúde*. São Paulo, 2017. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/instrumentos_de_planejamento.pdf)

[instrumentos_de_planejamento.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2021.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 1180-1192, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015136180

SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000800011

SOUZA, T. O. de et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 215-221, 2012. DOI: 10.1590/S0034-71672012000200003

Contribuição dos autores

Todas as autoras participaram da concepção e de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Recebido: 14/4/2022

Reapresentado: 14/4/2022

Aprovado: 6/6/2022