

Residência multiprofissional e atenção básica: o lugar do conselho gestor no fomento à participação social

Multidisciplinary residence and primary care:
the place of the council manager in fostering social participation

Residencia multiprofisión e atención básica:
o lugar de conselho gestor no fomento a participación social

Résidence multiprofessionnelle et soins de base:
la place du conseil de direction dans la fomentation de la participation sociale

Shyrley Nayara Sapucaia *
shyrleynayara.sso@gmail.com

Telma Low **
telma.low@ip.ufal.br

Eladja Oliveira Santos ***
eladja_servicosocial@hotmail.com

Resumo

Este artigo trata de uma pesquisa documental realizada no marco do trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (HUPAA/UFAL). O objetivo central do trabalho é investigar como a participação social é fomentada no Conselho Gestor Local de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um dos cenários de prática da residência, situada em Maceió/AL. O percurso metodológico envolveu revisão bibliográfica sobre o tema e uma pesquisa documental, que visou mapear as características da participação social do conselho da UBS e analisar como as atribuições dos conselheiros eram exercidas. Espera-se contribuir com o levantamento de questões e de estratégias capazes de fomentar o enfrentamento de problemas que impedem a efetiva participação social, no exercício do controle social e defesa do SUS.

Palavras-chave: SUS; atenção básica; controle social; residência multiprofissional; saúde.

* Residência Multiprofissional em Saúde do/a Adulto/a e do/a Idoso/a/ da Universidade Federal de Alagoas

** Residência Multiprofissional em Saúde do/a Adulto/a e do/a Idoso/a/ da Universidade Federal de Alagoas

*** Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL

Como citar: Sapucaia, S. N.; Low, T. & Santos, E. O. (2018) Residência multiprofissional e atenção básica: o lugar do conselho gestor no fomento à participação social. *Psicologia Política*, 18 (41), p. 134-146.

Abstract

This article deals with documentary research carried out within the framework of the work completion Course Multidisciplinary Residency Program in Adult Health and Aging (HUPAA/UFAL). The central objective of this study is to investigate how social participation is promoted in the Council Manager Location of a Basic Health Unit (BHU), one of practical scenarios residence, located in Maceió/AL. The methodological approach involved a literature review on the subject and documentary research, which aimed to map the characteristics of social participation of the BHU board and analyze how the duties of directors were exercised. It is expected contribute to raising issues and strategies to foster coping problems that prevent effective social participation in the exercise of social control and defense of the UHS.

Key words: UHS; primary care; social control; multidisciplinary residency; health.

Resumen

Este artículo trata de una investigación documental realizada en el marco del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud del Adulto y del Anciano (HUPAA/UFAL). El objetivo central es investigar cómo la participación social es fomentada en el Consejo Gestor Local de una Unidad Básica de Salud, (UBS) en los centros de práctica de la residencia, situada en Maceió/AL. El recorrido metodológico conllevó a la revisión bibliográfica sobre el tema y a la investigación documental, que objetivó mapear las características de la participación social del consejo de UBS y analizar cómo los consejeros desarrollaban sus atribuciones. Buscamos aportar cuestiones y estrategias que puedan fomentar el enfrentamiento de los problemas que impiden la efectiva participación social en el ejercicio del control social y defensa del Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras clave: SUS; atención básica; control social; residência multiprofissional; salud.

Résumé

Cet article porte sur une recherche documentaire réalisée dans le cadre de la conclusion du programme de résidence multiprofessionnelle en santé des adultes et des personnes âgées (HU-PAA / UFAL). L'objectif principal de ce travail est d'étudier les moyens de promouvoir la participation sociale au sein du conseil de gestion local d'une unité de santé de base (UBS), l'un des scénarios de pratique de la résidence, situé à Maceió/AL. Le cours méthodologique comportait une revue bibliographique sur le sujet et une recherche documentaire visant à cartographier les caractéristiques de la participation sociale du conseil d'administration d'UBS et à analyser la manière dont les attributions des administrateurs étaient exercées. On espère pouvoir contribuer à soulever des questions et des stratégies susceptibles de fomentier la confrontation de problèmes qui entravent la participation sociale effective, dans l'exercice du contrôle social et de la défense du Système de Santé Unique (SUS).

Mots-clés: SUS; soins de base; contrôle social; résidence multiprofessionnelle; la santé.

Introdução

O presente artigo se situa no marco da experiência de uma equipe de profissionais residentes, inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), que no 2º ano de residência desenvolveu atividades no cenário de prática de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na cidade de Maceió/AL, com o objetivo de trabalhar a promoção e prevenção à saúde da comunidade. A partir do trabalho realizado pela equipe, surge a proposta de pesquisar, no âmbito do trabalho de conclusão da residência, como a participação social é fomentada no Conselho Gestor Local (CGL) da UBS. Isso porque, ao longo dos quatro meses de prática, foi observada a necessidade de fortalecer o controle social naquela comunidade, devido ao grande número de usuários e profissionais que pareciam, muitas vezes, insatisfeitos com os rumos da Unidade Básica e da política de saúde como um todo.

Desse modo, a equipe de residentes realizou muitas atividades voltadas para esse fim – fortalecimento do CGL –, como visitas domiciliares, salas de espera, educação permanente, entre outros. Essa experiência foi fundamental para pensarmos a proposta desta pesquisa, posto que considerávamos a relevância de investigar como a participação social é pensada e produzida, com base na documentação existente no âmbito do CGL.

O recurso metodológico para organização das análises realizadas envolveu a revisão bibliográfica com temáticas referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), atenção básica, controle social e residência multiprofissional. Construimos nossa análise também a partir da vertente marxista de produção do conhecimento, na apreensão concreta dos fenômenos sociais, tendo em conta os componentes estruturais da sociedade capitalista. Tomamos como base ainda o Relatório Final de sistematização da prática dos residentes, desenvolvidas no contexto da atenção básica, período de abril a agosto de 2015. No que se refere às ações voltadas para o controle social, a pesquisa documental reuniu as fontes documentais disponibilizadas pelo CGL da Unidade Básica: atas das reuniões, edital de convocação para novas eleições, regimento interno, relatório de posse e termo de posse.

A exposição dos dados sistematizados está organizada em duas seções: na primeira, delimitamos o tema de estudo a partir da síntese histórica do SUS, da Política de Atenção Básica e de seu processo de municipalização/descentralização na saúde, discutindo as premissas institucionais da participação dos sujeitos políticos organizados; na segunda seção, apresentamos caracterização dos dados pesquisados no CGL da UBS, destacando o que acontece de forma efetiva e o que está registrado nos documentos do CGL e preconizado na legislação referente ao controle social.

Esperamos contribuir com os estudos e as mediações teórico-práticas sobre a participação social na gestão descentralizada na atenção básica, sobretudo em um contexto que requer a defesa cotidiana dos direitos assegurados constitucionalmente.

Política de atenção básica e controle social na saúde: breve retrospectiva

A implantação do SUS no Brasil, a partir da década de 1990, representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Tais mudanças concretizam os princípios organizacionais, conquistados pela luta da Reforma Sanitária, na perspectiva da universalidade, integralidade, equidade e controle social.

O processo de municipalização e descentralização foi entendido como partilhamento de poder, pretendendo extinguir a centralização política no âmbito federal, delegando responsabilidade aos estados e municípios, proporcionando, assim, o fortalecimento e a apreensão da realidade local (Silva, 2001).

O estímulo à institucionalização dos serviços de Atenção Básica no SUS decorre da perspectiva de descentralização política brasileira. No âmbito da Política de Saúde, a Atenção Básica constitui-se como expressão do processo de descentralização da sua gestão e execução,

[...] desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (Brasil, 2012, p. 19).

Com a mudança de concepção e a reorganização física e de insumos através do SUS, reconheceu-se também a participação popular, cujas bases assentam-se no processo de descentralização política no sentido de interferir e fiscalizar a execução das políticas públicas, tendo a população usuária direito de ser protagonista nesse processo.

A saúde se constrói, nesse contexto, como questão de cidadania, sendo a participação política uma condição para seu exercício. Esta conquista democrática está à altura de um grande objetivo: assegurar a construção de um modelo assistencial intersetorial baseado na cidadania, em defesa da vida e da saúde, e com garantia de acesso universal e equitativo da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo a todos os níveis da atenção integral à saúde. Gohn (2007, p.19) ainda afirma que esse tipo de participação democrática “objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social, sem injustiças, exclusões, desigualdade, discriminação etc.”

Portanto, o Conselho de Saúde é a instância por meio da qual se exerce o controle social em saúde, ou seja, a participação da comunidade no SUS. É um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem caráter permanente e deliberativo e 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 de governo – Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b).

Os CGL são vinculados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e estão presentes nos locais em que há UBS no âmbito municipal. No contexto da UBS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), está pautada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/control social. Entendemos que ambas as diretrizes estão conectadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como em um plano ainda mais estreito, os vínculos entre trabalhadores e usuários. As propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições (Ramos e Rocha, 2014).

Nessa linha de pensamento, infere-se a necessidade de criação de CGL como órgãos de controle social, nas áreas adstritas às UBS. O CGL deve ser composto: 50% por representantes da comunidade (usuários), 25% por representantes dos trabalhadores da saúde e 25% por representantes da administração e prestadores de serviço/terceirizados das respectivas UBS.

Aproximações com o contexto local: CGL em Maceió/AL e Residência Multiprofissional

Os CGL de Maceió foram criados pela Lei Municipal nº 5.338, de 2003 (Maceió, 2003). De acordo com a referida legislação, suas atribuições incluem: a) garantir, dentre outras questões, o funcionamento adequado das UBS; b) elaboração de propostas e programas que atendam às necessidades da população no setor da saúde; c) convocação de assembleias e promoção de debates em torno de problemas que afetam a comunidade; d) encaminhamento de reivindicações ao CMS, acompanhamento das aplicações dos recursos orçamentários constantes no Plano Municipal de Saúde destinado à consolidação dos sistemas locais de saúde; e) desenvolvimento junto às comunidades das noções básicas de saúde. O CGL possibilita a participação organizada da população na gestão dos serviços prestados pelo SUS em âmbito local, de forma igualitária e com ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação da saúde e vida da população.

Nesse referido contexto da atenção básica, em que se discute a participação social, incide também sobre ela a centralidade do sistema de saúde. Este passa a demandar estratégias específicas de formação de trabalhadores para atenção básica, entre elas, o incentivo do Estado às Residências de Medicina da Família e Comunidade, articuladas com Residências Multiprofissionais, as quais se expandirão na década seguinte (2000) de sua implementação (Closs, 2010).

Nessa conjuntura mais recente, aglutina-se um projeto de crítica à configuração hegemônica da formação em saúde, o qual passa a adquirir espaço nos quadros governamentais e ter como produto uma série de iniciativas, legislações e políticas específicas, entre elas, as Diretrizes para a Gestão do trabalho no SUS – NOB/RH (2003). Tais iniciativas demonstram processos de discussões e mobilização de trabalhadores, gestores e usuários tendo em vista a reorganização da política de formação em saúde, e conseqüentemente, o movimento de consolidação da Residência Multiprofissional em Saúde.

Os residentes das equipes multiprofissionais, por meio do programa de Residência Multiprofissional, se inserem na atenção básica apresentando-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população com base nos princípios e diretrizes do SUS (Closs, 2010).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (HUPAA/UFAL), articulado com o que é preconizado para as residências multiprofissionais e para o SUS, visa fomentar a interface com a atenção básica, como é previsto no Projeto Político Pedagógico do referido programa.

É nessa perspectiva de análise que os residentes pretendem contribuir para a qualidade dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, visto que passam cerca de um ano e seis meses vivenciando a alta e média complexidade no HUPAA, por meio dos ambulatórios (Centro de Alta Complexidade em Oncologia e Hospital Dia) e clínicas (Cirúrgica e Médica). A formação em serviço realizada no contexto da atenção básica visa favorecer a aproximação e inserção dos residentes em equipes multiprofissionais com vistas à aprendizagem e desenvolvimento de práticas de promoção à saúde, que se propõem a “[...] expandir o campo de atuação do residente até o domicílio, com o objetivo de apoiar o processo de recuperação da saúde em andamento, educar o cidadão para o auto cuidado na perspectiva de elevar a autonomia da pessoa para melhorar sua qualidade de vida.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS [UFAL], 2011, p. 24).

Ao final de cada período de treinamento, os residentes elaboram um relatório final com a apresentação e sistematização das atividades/ações realizadas.

A Unidade Básica de Saúde e a Comunidade

Tomando como base o Relatório Final dos Residentes (2015), destacamos que a UBS começou seu funcionamento em abril de 2006. Inicialmente, foram instaladas duas equipes da ESF, que abrangiam três conjuntos habitacionais. As ações da UBS eram voltadas apenas para as consultas médicas e de enfermagem e contavam com 17 trabalhadores (entre nível fundamental e superior).

Atualmente, a Unidade Básica continua com duas equipes de ESF, porém com novas áreas de abrangência, devido aos mapeamentos realizados nos anos de 2008 e 2009, em quatro conjuntos habitacionais. Uma das Equipes mantém vínculo com 1072 famílias e a outra, com 849 famílias; ambas com cobertura de 100% de abrangência na localidade. Com a ampliação estrutural e do quadro de profissionais da UBS (total de 29 funcionários) foram desenvolvidas novas atividades, como: visitas domiciliares, atendimento de demanda espontânea, atividades educativas e execução e desenvolvimento de projetos e programas.

A comunidade coberta pela UBS conta com outros equipamentos de acesso aos direitos sociais, como: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Central do Bolsa Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua (CnR); Mini-Pronto Socorro; Conselho Tutelar (CT); Escolas Estaduais e Municipais e Base Comunitária da Polícia Militar. A comunidade contava com uma maternidade, desativada em 2015, e aguarda a inauguração da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

De acordo com o referido relatório, o número de famílias cadastradas na UBS no ano de 2014 corresponde a um universo de 6.838 habitantes na comunidade, com maior incidência de pessoas entre 20 e 39 anos, compreendendo 33%, e menor incidência de crianças menores de 1 ano (0,39%). Quanto ao sexo da população, a comunidade encontra-se quase equiparada, com diferença de apenas 4% entre feminino e masculino. Em relação à escolarização, há maior incidência de adolescentes maiores de 15 anos inseridos na escola, correspondendo a 85%, e menor incidência de crianças de 7 a 14 anos (15%) (UFAL, 2015).

Nas condições de moradia dos habitantes, constata-se um maior número de casas de tijolo/adobe, com 99,36%. No que se refere ao destino do lixo, verifica-se que a principal forma de descarte ocorre por meio de coleta pública em 99,53% dos casos, contudo as práticas de deixar o lixo na rua, queimação e aterro ainda são realizadas por uma pequena parcela da população da comunidade (UFAL, 2015).

Conselho Gestor Local, Unidade Básica de Saúde e/em interface com a pesquisa: caracterização da participação social no nível local

A definição do objeto da pesquisa ocorreu com base na vivência da formação em serviço na UBS. Decidimos analisar os documentos produzidos no contexto do CGL, com vistas a entender como a participação social é fomentada.

Adotamos como fontes de dados documentos que mostrassem como a participação social da comunidade é promovida e como é encaminhada pelo próprio conselho. Então, para melhor conhecer a realidade, solicitamos o acesso a todas as atas das reuniões de Novembro de 2014 a Agosto de 2015, devido ser o início da nova gestão do conselho; regimento interno; atas e/ou registros da última gestão do CGL (Agosto de 2013 à Agosto de 2014); edital de convocação para eleições; relatório de posse e termo de posse, conforme apresentamos no tabela abaixo.

Tabela 1
Documentos consultados sobre o CGL.

| Tipo | Quantidade |
|--|-------------------|
| atas das reuniões (gestão 2013/2015) | 0 |
| termo de posse (gestão 2013/2015) | 1 |
| relatório de posse (gestão 2013/2015) | 0 |
| edital de convocação para eleição (gestão 2013/2015) | 0 |
| regimento interno (gestão 2013/2015) | 0 |
| termo de compromisso e responsabilidade | 0 |
| atas das reuniões (gestão 2014/2016) | 11 |
| termo de posse (gestão 2014/2016) | 1 |
| relatório de posse (gestão 2014/2016) | 1 |
| edital de convocação para eleição (gestão 2014/2016) | 1 |
| regimento interno (gestão 2014/2016) | 1 |
| termo de compromisso e responsabilidade (gestão 2014/2016) | 1 |

Fonte: Produção das autoras

Atenção Básica, Conselho Gestor Local e Participação Social: analisando os desafios e possibilidades

Apesar da UBS funcionar desde 2006, e a legislação que cria os Conselhos Gestores Locais de Saúde ser de 2003, apenas em 2013, o CGL dessa UBS foi criado. Isso se deu a partir de uma proposta do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) de trabalhar o fortalecimento do controle social para a formação de um CGL na unidade. Há registros, no ano de 2012, de rodas de conversas e oficinas com os profissionais da unidade para trabalhar a temática do controle social e discutir a “implantação do conselho”, e também a proposta dos alunos de realizar busca ativa na comunidade, visando mobilizar pessoas que têm perfil político, ou seja, usuários participantes de movimentos sociais, inseridos nas associações de bairro e lideranças comunitárias para serem representantes no CGL.

Está apontado no livro do CGL, datado de 13 de agosto de 2013, o termo de posse do conselho para a primeira gestão 2013/2015. Porém, não há relatos nos documentos do processo de votação, edital de convocação para as eleições, formação de chapas e o regimento interno dessa gestão. Analisando os dados do conselho em relação à gestão 2013/2015, percebemos que pouco se consolidou as

reuniões nas atas, do início de sua criação até Agosto de 2014, quando ocorreu nova eleição para o segmento usuário. Durante esse tempo, houve apenas duas reuniões do CGL documentadas.

De acordo com o termo de posse da gestão 2013/2015, compareceram à plenária de posse todos os membros eleitos do conselho, que assinaram o termo quando se comprometeram em cumprir com os deveres inerentes ao cargo para qual foram nomeados. Não há alusão à presença de assessoria técnica ao conselho e nem da secretária.

O único registro posterior às duas reuniões realizadas no mês de janeiro e fevereiro de 2014 limita-se à frequência de uma reunião do CGL no mês de junho do referido ano, com a presença de sete pessoas, sendo duas da gestão anterior (2013/2015), um representante do segmento trabalhador e um suplente do segmento usuário.

Após essa reunião, há o registro de nova eleição apenas para representantes do segmento usuário no mês de agosto de 2014 – é citado nas reuniões de 2015 que o segmento dos usuários, gestão 2013/2015, se desmobilizou. Cerca de 240 pessoas votaram para escolher os representantes do segmento usuário.

Consta mencionado o termo de posse da nova gestão do segmento usuários (2014/2016) em novembro de 2014. Tivemos acesso ao edital de convocação para eleição, os formulários de formação de chapas, pleito eleitoral e termo de posse dos conselheiros eleitos. A reunião contou com a participação, além dos conselheiros e assessoria técnica, de representantes do CMS, coordenação da ESF, coordenação do Distrito Sanitário e a diretora médica da unidade.

Com a referida eleição e a posse dos conselheiros, o CGL passa a ter reuniões periódicas e sempre com registro das reuniões e deliberações. Há a constante presença da assessoria técnica do conselho nas reuniões. O CGL, atualmente, é composto por 4 representantes do segmento usuário, 2 representantes da gestão da UBS e 2 representantes do segmento profissionais de saúde da UBS, conforme a paridade estabelecida pela Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b).

Para o início da nova gestão, o edital de convocação esclarece sobre as atribuições dos conselheiros, entre elas: I) Definir as prioridades das ações de saúde, visando atender as necessidades da população local; II) Atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde; III) Estimular e estabelecer um intercâmbio entre o Conselho Gestor de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos afins.

Quando tratamos sobre os dados das “atribuições dos segmentos que formam o conselho gestor”, nos deparamos com as seguintes regras, citadas acima, colocadas pelo edital de convocação das eleições. Ao analisar a atribuição I dos conselheiros de “definir as prioridades das ações de saúde, visando atender às necessidades da população local”, observamos que há um empenho por parte do conselho de priorizar as ações de maior necessidade para a comunidade.

Nas atas de janeiro, maio, junho e agosto de 2015 podemos observar a definição de prioridade do conselho em relação à questão do lixo que se apresenta como um grave problema na comunidade. Na amostra pesquisada, a questão do lixo surge inicialmente devido à falta de capinação do terreno (gerando lixo) da UBS pela Secretaria de Limpeza Urbana de Maceió (SLUM).

A partir do momento em que os conselheiros entram em contato com a SLUM, outros questionamentos vão surgindo dentro do conselho. O maior questionamento do CGL, principalmente dos representantes dos usuários, é em relação aos *containers* espalhados pela comunidade e que a empresa de limpeza recolhe três vezes por semana. Uma das reivindicações é o recolhimento mais frequente do lixo, visto que o acúmulo do lixo gera a proliferação de doenças, além do crescente número de moscas e ratos. A empresa responsável pelos *containers* entrou em contato com a direção para a mudança de local do *container* localizado na frente da UBS, na medida em que tem prejudicado o funcionamento da UBS, quando do seu recolhimento, devido ao mau cheiro exalado.

Com base nessa questão do lixo, podemos estabelecer uma relação com o disposto no Item II do Edital de Convocação acerca da atribuição: “Atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde” (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÍDIMO OTTO KUMMER, 2014). Percebemos que existe a iniciativa de buscar meios de resolutividade das questões. Há momentos em que os conselheiros contestam a forma pela qual os órgãos estão resolvendo os problemas de interesse da comunidade, por exemplo, a mudança de local dos *containers*, e os mesmos conseguem avaliar a inviabilidade da mudança e buscar estratégias para superar ou amenizar o problema. Destacamos que uma das estratégias dos conselheiros seria a retirada dos *containers* da comunidade e a empresa de limpeza se responsabilizar para que o caminhão do lixo passe três vezes na semana fazendo o recolhimento, assim a população só colocaria o lixo para fora de casa nos dias que o caminhão passasse.

Em algumas reuniões, consta a participação de representantes dos órgãos responsáveis pela limpeza urbana da comunidade. Em todas as reuniões as pautas foram discutidas e veementes defendidas pelos conselheiros para buscar o melhor encaminhamento para a comunidade, levantando propostas interessantes para a comunidade nas reuniões, como: criação de uma cooperativa e assim gerar renda para comunidade; e coleta seletiva do lixo. Salientamos que as propostas foram abortadas pelos órgãos responsáveis da limpeza e que, até a última reunião analisada (agosto/2015), nada foi encaminhado.

O presidente do conselho expressa seu descontentamento em relação à forma que a comunidade é “usada” pelo poder público. Destacou que a empresa de limpeza ganha muito dinheiro e não investe na comunidade, na melhoria da UBS e nem em qualquer outro serviço para a comunidade e que a única ação da empresa é colocar todo tipo de lixo na comunidade, visto que nela se encontra um aterro sanitário onde os caminhões de limpeza depositam os lixos de outros bairros de Maceió.

No tocante à atribuição dos conselheiros de “estimular e estabelecer um intercâmbio entre o Conselho Gestor de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos afins”, vimos que parece haver uma fragilidade do CGL em estabelecer essa relação com o CMS, acarretando em uma ausência da discussão da saúde no âmbito municipal e uma não visibilidade das demandas da UBS.

Embora o lixo fosse identificado como questão fundamental para a saúde da comunidade e temática presente em quase todas as atas, o CGL não conseguiu propor uma articulação com o CMS para tentar propiciar maior visibilidade ao problema e dialogar com a referida instância para buscar estratégias de resolutividade. Visto que o lixo é um problema de saúde pública que afeta não só a comunidade em que a UBS está inserida, necessita sair do âmbito local para ser discutido coletivamente, nas outras instâncias superiores.

Vale destacar novamente que estamos falando de uma comunidade periférica de Maceió/AL. Assim, faz-se necessário repensar em como o poder público se faz (ou não) presente, a partir de políticas públicas que, de fato, garantam e promovam os direitos integrais dessa população. Sabemos que na conjuntura político-econômico-social atual, o Estado se apresenta cada vez mais mínimo para as classes subalternas, proporciona o aumento exacerbado da desigualdade social e a banalização da vida. Portanto, questionamos qual é a importância do lixo para essa população se a mesma é tratada nessa perspectiva? Até que ponto o Estado está respondendo às necessidades básicas dessa comunidade para ela poder se reconhecer como sujeito protagonista da sua vida e tratar a questão do lixo da forma correta?

Outra pauta, que apareceu na reunião de janeiro (2015), e poderia ter sido encaminhada ao CMS, foi a questão da cadeira do dentista que estava quebrada. Inicialmente, foi proposto por um dos conselheiros recorrer a uma pessoa conhecida para realizar o concerto da cadeira. Após negação da plenária, devido fugir das atribuições dos conselheiros, foi realizado uma articulação entre a direção da UBS com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para viabilização do concerto que aconteceu nas

semanas seguintes.

A saúde bucal do município tem histórico de precariedade, tendo uma cobertura atual de apenas 45 Equipes de Saúde Bucal implantadas no município de Maceió (UFAL, 2015). Na monografia de Sapucaia e Silva (2013), são analisadas as demandas que chegam ao CMS, e os problemas com a saúde bucal do município é uma demanda sempre presente nas discussões do conselho. São inúmeros os problemas, como: falta de insumos, equipamentos quebrados, recursos humanos escassos, entre outros.

Portanto, se faz necessário uma discussão no âmbito municipal devido ao contexto conjuntural que a saúde vem passando. Essas demandas necessitam ser organizadas e levadas para agenda municipal de saúde para serem pensadas e fortalecidas coletivamente para reivindicar as melhorias para a saúde.

Apesar da lacuna dessa relação do CGL com o CMS, identificamos que o CGL consegue realizar articulação com outros órgãos, a saber: SMS, empresas que prestam serviços para a prefeitura e demais secretarias vinculadas à prefeitura de Maceió. Essas articulações, às vezes, se dão por meio de ofícios que foram deliberados pelo conselho, convites para participação nas reuniões e contatos telefônicos. Percebemos, também, que há um movimento de articulação interna com os Conselhos Tutelares, CREAS e Escolas, quando o assunto está além das competências do conselho.

Fazendo uma análise de como essa representação no CGL se constrói, conseguimos perceber também a presença de interesses pessoais no âmbito do CGL. Alguns conflitos de interesses se evidenciam em uma situação específica dentro do conselho, por exemplo, quando o presidente do conselho gestor, em uma das atas (Ata de janeiro de 2015) diz: “estamos aqui e não estamos recebendo nada, estamos ganhando com benefício para a comunidade e sobre o conselho gestor, não é que queremos ser melhores que ninguém, mas precisamos de motivação [...]”. (UBS, 2013), Em contraposição à afirmação da relevância do direito à participação, o presidente solicitou à plenária benefícios em relação ao acesso à UBS (prioridade nas consultas, marcações de exames, entre outros) pelos conselheiros e suas famílias.

Esse olhar reducionista e individualista que se apresenta nessa reunião é aprovado por unanimidade no CGL, com falas que parecem apontar para um retrocesso político (Ata de janeiro de 2015): “os conselheiros estão somando com todos e o nosso pagamento é atendê-los bem. Seria uma troca de favor” (UBS, 2013).

A percepção do conselho em relação à solicitação do presidente contribui para restringir a participação tal como preconizada legalmente a partir dos ideais da Reforma Sanitária. E fortalece a cooptação dos conselheiros e interesses políticos partidários tão caros à gestão participativa.

Na Ata de novembro de 2014 tem outro exemplo de como se apresenta e são entendidas as atribuições dos conselheiros foi o questionamento de um conselheiro do segmento profissional que ficou em dúvidas sobre a atribuição do conselho de “acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pela UBS” (UBS, 2013) . Inicialmente, o conselheiro abordou que, em outra unidade que trabalhava, uma conselheira ficava em frente à unidade anotando a hora em que os funcionários chegavam. A assessora técnica do conselho explicou que não compete aos conselheiros esse tipo de atitude. E acrescentou que o conselho poderia levar como ponto de pauta para o conselho e buscar outras formas de encaminhamentos.

A assessoria técnica do CGL é uma atuação que se destaca no estímulo à participação social. Essa função é, atualmente, exercida pela profissional de Serviço Social da UBS, que se inseriu no quadro profissional da instituição em abril de 2014. A assessoria aqui pensada tem função de “promover a organização política da comunidade/população usuária, conscientizando que seus interesses são fatores importantes para o desenvolvimento dos serviços e políticas sociais” (Sapucaia e

Silva, 2013, p. 69).

A inserção da assessoria técnica no CGL foi um motor nesse processo de organização política do conselho, que estava desmobilizado e desorganizado. É visualizada nas Atas das reuniões a participação da assessoria com assiduidade nas reuniões do conselho gestor, acompanhando os debates e desenvolvendo ações importantes na organização do conselho para a mobilização dos conselheiros e da comunidade em tempos de eleições. Há registro de uma tentativa da assessoria, em articulação com o Núcleo de Saúde Pública (NUSP/UFAL), de promover uma oficina de capacitação com os conselheiros. Porém, apenas dois membros do conselho compareceram.

Quando tratamos dos dados das atribuições dos segmentos que formam o conselho gestor, nos deparamos com as seguintes regras a serem seguidas para efetivar a participação no conselho: os representantes da gestão devem concretizar as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de maneira preestabelecida através do colegiado da Unidade de Saúde; os representantes dos profissionais de saúde devem fazer exposição e relatos para o Conselho Gestor de Saúde sobre os interesses e necessidades de saúde que devem ser enfrentados pela unidade e/ou pela atenção básica de saúde no atendimento à população usuária; os representantes da população usuária devem levar ou tornar conhecidas as necessidades e prioridades sociais advindas da comunidade a qual representa. Porém, conforme os dados expostos no início deste item, não é isso que se apresenta na totalidade.

O segmento dos trabalhadores pouco se faz presente nas discussões coletivas, com falas e colocações pontuais. Não há registro de pautas trazidas pelos conselheiros que demonstrassem esse perfil político representativo que a categoria deveria ter. Acreditamos que o segmento dos trabalhadores, por ser um profissional que está no cotidiano do serviço, poderia contribuir mais com a socialização de informações e reflexões, se inserindo nesse contexto para a troca de diferentes saberes, sobretudo porque se preconiza equipes multiprofissionais para atenção à saúde.

Analisando o segmento que representa a comunidade, identificamos um perfil político evidente, sobretudo no sentido de ter voz participativa descentralizada e direta da comunidade que representa. Porém, parece existir um desvio de finalidade, pactuada pelas demais categorias representativas, em relação a sua presença no conselho, em que se evidenciam os interesses individuais, que geram privilégios aos participantes do segmento em relação aos demais usuários da comunidade.

Apesar da gestão cumprir seu papel de fortalecimento das relações entre o conselho local e o município, respeitando e encaminhando as deliberações do conselho, a mesma ratifica a lógica participativa cooptante que se institui dentro do conselho.

A partir dessa análise sobre as atribuições exercidas pelos conselheiros e as demandas que permeiam a agenda local de saúde, pudemos perceber como elas têm sido encaminhadas e pensadas pela instância de participação (CGL). O referido conselho local aponta para o caráter inovador na gestão municipal local, mas também para alguns limites ao pleno exercício do controle social, dificultando sua efetivação como espaço coletivo e democrático de direito na política de saúde.

Considerações Finais

Apesar das dificuldades políticas e econômicas do cenário brasileiro, acreditávamos que o Brasil estaria inaugurando um novo momento histórico em que os ideais da Reforma Sanitária, almejados na década de 1980, fossem alcançados. Não esperávamos transformações profundas e imediatas, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

Na construção desse novo Brasil, mais democrático, descentralizado e participativo, onde a saúde iria dar uma reviravolta na sua base centralizada, surge a possibilidade de mudança na cultura desse país, em que sociedade, profissionais e gestores públicos estariam comprometidos com essa

nova cultura de participação.

Ao analisarmos os dados produzidos pelo CGL, observamos que há uma tentativa recente de efetivar esse espaço de participação e controle social. Na nossa análise, alguns fatores contribuíram para que isso acontecesse, como é o caso da inserção da assessoria técnica na composição do conselho e da entrada de novos representantes do segmento usuário.

O CGL como instrumento de participação social, permitiu o surgimento de novos sujeitos sociais e de espaços para o exercício de novas práticas políticas. O conselho, além de garantir a discussão coletiva dos problemas da UBS e da comunidade, apesar de ainda não conseguir levar suas discussões para agenda municipal de saúde, conseguiu discutir estratégias, propor soluções, realizar fiscalização e fortalecer, aos poucos, esse espaço tão recente dentro da comunidade.

Percebemos também que é fundamental a criação de meios que possam incidir na eficácia desse conselho. Por isso, um aspecto importante é a capacitação e atualização dos membros dos conselhos. Pois, se não houver um cuidado com a educação permanente, o CGL poderá acabar se tornando um espaço de corrupção, se desviando de sua finalidade. Essa preocupação ficou bastante evidente quando o presidente do conselho pede “motivação” da UBS por ser um dos representantes. Esses espaços exigem sujeitos críticos, com capacidade técnica, política e ética para não cercear o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Analisando o cenário atual da saúde municipal, é perceptível o caos que se encontra, com fechamento das principais unidades de atendimento à população e sucateamento e/ou privatização dos demais serviços essenciais para atender ao projeto de sociedade pautado na desresponsabilização do Estado em relação às questões de interesse coletivo. Vivemos em tempos de Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil e de Interesse Público (OSCIP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ou seja, “novos modelos de gestão”, que repassam para a iniciativa privada a gestão dos serviços estatais utilizando recursos públicos. Essa concepção de saúde defendida pelo Estado, além de conceber a saúde como mercadoria, desrespeita o controle social e restringe a participação. Tal conjuntura clama por uma sociedade civil fortalecida e mobilizada, exercendo seu direito de protagonista nas decisões da política de saúde, para assim resistir ao desmonte do SUS.

Dessa forma, estamos cientes de que a análise e discussão desta problemática poderá contribuir para uma melhor compreensão sobre a temática, sendo possível fazer uma relação entre o controle social formal, que está nas legislações e literatura, e o real, aquele que realmente acontece e se constrói na prática. Apesar dos limites encontrados como a falta de detalhamento nas atas das reuniões, contendo às vezes poucas informações, conseguimos situar nos documentos o debate acerca do controle social local.

Assim, a importância desse estudo também parece estar na possibilidade de socializar informações e levantar questões e estratégias capazes de contribuir no enfrentamento de problemas que impedem a efetiva participação social, no exercício do controle social e defesa do SUS.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: o Autor. Acessado em: 25 de outubro de 2015, de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil (1990a). Lei n. 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] República Federativa do Brasil*, Brasília-DF, 20 set. Aces-

sado em: 25 de outubro de 2015, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brasil. (1990b) Lei n. 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] República Federativa do Brasil*, Brasília-DF, 20 dez. Acessado em: 25 de dezembro de 2015, de: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm

Closs, T. T. (2010) *O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica: formação para a integralidade?* Rio Grande do Sul: Appris.

Gonh, M. G. (2007). *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. 3. Ed. São Paulo: Editora Cor- tez

Maceió (2003). Lei 5.338, 22 de Dezembro de 2003. Cria os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, define suas estruturas e dá outras providências. *Diário Oficial Municipal*. Maceió/AL. Aces- sado em: 30 de novembro de 2015, de: http://www.camarademaceio.al.gov.br/legislacao/5351_anexo.pdf

Ramos, B. F.; Rocha, A. F. M. (2014). Conselhos Locais de Saúde: um dos caminhos para efetivação das ações de Promoção da Saúde. In: Vasconcelos, K. E; Costa, M. D. H. (Orgs.). *Por uma crítica da Promoção da Saúde contradições e potencialidades no contexto do SUS* (pp. 391-410). São Paulo: Editora Hucitec.

Sapucaia, S. N.; Silva, A. A. (2013). *Serviço social e conselhos gestores locais: gestão participativa na atenção básica em Maceió?* (Monografia de Graduação). Programa de Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

Silva, S. F. (2001) *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Editora Hucitec.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÍDIMO OTTO KUMMER. (2013). *Livro de atas da reunião do Conselho Gestor da Unidade de Saúde Dídimo Otto Kummer*. Maceió: SMS.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÍDIMO OTTO KUMMER. (2014). *II Edital de Convocação*. Maceió: SMS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL. (2011). *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde*. Maceió: o Autor.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL (2015). *Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso. Relatório final das atividades no treinamento em serviço da atenção básica*. Maceió: o Autor.

Submetido em: 19/08/2017

Aceito em: 16/09/2018