

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



APOIO:



PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONFORMAÇÃO DO SUS: AVANÇOS ANOS 90 NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA/RS

**Vanessa Zobel¹, Darielli Gindri Resta Fontana², Elisiane Bisognin³, Larissa Beck Gardin⁴,
Pedro Luis Bittenbender⁵, Nelson José Thesing⁶.**

¹ Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde (UFSM) e Assistente Social..

² Doutora em Enfermagem (UFRGS) e Professora da UFSM.

³ Doutoranda em Desenvolvimento Regional - PPGDR UNIJUI; Bolsista Prosuc/Capes.

⁴ Doutoranda em Desenvolvimento Regional - PPGDR UNIJUI; Bolsista Prosuc/Capes

⁵ Professor do PPGDR UNIJUI, Doutor em Administração (UNAM e UFMS), Estagiário Pós- Doc no PPGDPP-UFFS.

⁶ Professor do PPGDR UNIJUI, Doutor em Integração Regional (UFPel), Brasil(2004) e Presidente COREDE Noroeste Colonial.

Resumo

A participação e controle social são prerrogativas legais do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante à população a participação nos processos decisórios implicados na formulação, implantação e controle das políticas públicas. O objetivo deste estudo é conhecer os avanços do sistema local de saúde nos anos 90 a partir dos espaços de decisão democrática: Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde do município de Santa Rosa, RS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e transversal. A coleta de dados foi realizada através de busca documental e a análise dos resultados foi através de análise temática. Os avanços das Políticas Públicas de saúde no Brasil tem sua efetivação a partir da Constituição Federal de 1988 e dos marcos legais através das Leis 8080 e 8142 de 1990. A formulação do SUS tem como diferencial os processos democráticos de gestão com legitimidade da participação da comunidade. No município de Santa Rosa nos anos 90, pode-se constatar o alinhamento da gestão local de saúde com a legislação federal o que oportunizou a organização do sistema de saúde local a partir da municipalização da saúde, fortalecendo o cuidado na perspectiva da integralidade. No desenvolvimento das atividades foi possível identificar a capacidade de gestão fundamentada e efetivada pela participação da comunidade em diversos espaços, especialmente no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências Municipais de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Controle Social. Políticas Públicas.

RESUMEN

La participación y el control social son prerrogativas legales del Sistema Único de Salud (SUS), que garantiza la participación de la población en los procesos de toma de decisiones

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022



PROMOTORES:



APOIO:



involucradas en la formulación, implementación y control de las políticas públicas. El objetivo de este estudio es conocer los avances del sistema local de salud en la década de 1990 a partir de los espacios de decisión democrática: Consejo Municipal de Salud y Conferencias Municipales de Salud en la ciudad de Santa Rosa, RS. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y transversal. La recolección de datos se realizó a través de la búsqueda de documentos y el análisis de los resultados fue a través del análisis temático. Los avances de las Políticas Públicas de Salud en Brasil tienen su vigencia a partir de la Constitución Federal de 1988 y los marcos legales a través de las Leyes 8080 y 8142 de 1990. La formulación del SUS tiene como diferencial los procesos democráticos de gestión con legitimidad de participación comunitaria. En el municipio de Santa Rosa en la década de 1990 se aprecia el alineamiento de la gestión local en salud con la legislación federal, lo que permitió organizar el sistema local de salud desde la municipalización de la salud, fortaleciendo la atención desde la perspectiva de la integralidad. En el desarrollo de las actividades, fue posible identificar la capacidad de gestión basada y realizada por la participación de la comunidad en diferentes espacios, especialmente en Consejo Municipal de Salud y en las Jornadas Municipales de Salud.

Palabras clave: Sistema único de Salud. Control social. Políticas públicas.

ABSTRACT

Participation and social control are legal prerogatives of the Unified Health System (SUS), which guarantees the population to participate in the decision-making processes involved in the formulation, implementation and control of public policies. The objective of this study is to know the advances of the local health system in the 90s from the spaces of democratic decision: Municipal Health Council and Municipal Health Conferences in the city of Santa Rosa, RS. This is qualitative, descriptive and transversal research. Data collection was performed through document search and the analysis of results was through thematic analysis. The advances of Public Health Policies in Brazil have their effectiveness from the Federal Constitution of 1988 and the legal frameworks through Laws 8080 and 8142 of 1990. The formulation of SUS has as a differential the democratic processes of management with legitimacy of the participation of the community. In the city of Santa Rosa in the 1990s, the alignment of local health management with the federal legislation can be seen, which made it possible to organize the local health system from the municipalization of health, strengthening care from the perspective of integrality. In the development of activities, it was possible to identify the management capacity based on and effected by the participation of the community in different spaces, especially in the Municipal Health Council and in the Municipal Health Conferences.

Keywords: Health Unic System. Social Control. Public policy.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os municípios brasileiros têm sido protagonistas na implementação de políticas públicas, assumindo o protagonismo local no gerenciamento político, administrativo e financeiro de seus territórios através do desenvolvimento social e da qualidade de vida, incrementando mudanças estruturais no país.

No setor da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista social que acompanha a mudança de paradigma quanto ao acesso e a integralidade do cuidado. Os esforços para ampliar as ações e serviços de saúde à população incorpora o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial que teve como marco mundial a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, a qual defendia a APS centrada no cuidado da saúde coletiva (ARANTES, SCHIMIZU, HAMANN, 2016, p. 1500).

Nas décadas de 1970 e 1980, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS)¹ instigou reformas sociais, dentre a da saúde, combateu a ditadura e a privatização da saúde e defendeu a democratização da saúde. De acordo com Fleury (2014) a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade.

Fruto do MRS, Constituição Federal de 1988 legitimou a saúde como direito universal conforme seu artigo 196 que postula que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A saúde assume um caráter de política de Estado (dever do Estado), o princípio da universalidade (direito de todos) e integralidade. Ademais, é pertinente afirmar que a saúde é uma política social e intersetorial, que será garantida “mediante

¹ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).



políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988).

A efetivação do SUS ocorreu nos anos 90, com a publicação das Leis 8080/90 e 8142/90 denominadas de Leis Orgânicas de Saúde, que definiu o acesso à saúde para toda a população de forma igualitária e equânime. As referidas leis estabeleceram que as ações e serviços de saúde fossem pautados na promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, da organização e o funcionamento dos serviços com a previsão legal da participação efetiva da comunidade (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b).

As leis Orgânicas da Saúde possuem como princípios organizativos do SUS a descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1990a). Estes preconizam a garantia de que os serviços sejam organizados em níveis crescentes de complexidade, conhecendo a população a ser atendida desde que seja articulado entre os serviços que já existem visando o comando único dos mesmos, bem como, distribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo.

No campo da saúde, o Brasil desenvolveu estratégias de descentralização para saúde para os estados e municípios, favorecendo a ampliação da oferta e o acesso aos serviços e ações. Segundo Cavalcante (2014) a proximidade para identificar as necessidades locais e a extensão do território nacional são considerados fatores essenciais que fundamentam a execução das políticas públicas pelos municípios.

O Brasil tem baseado nos fundamentos e concepções de Starfield (2002), definindo a APS como estratégia de reorientação do sistema de saúde por ser considerada o primeiro nível de contato dos usuários aos serviços de saúde. Essa abordagem propôs uma compreensão ampliada do processo de saúde que inclui o cuidado integral, atualmente configurado nas linhas de cuidado das redes de atenção à saúde.

No SUS há prerrogativa do controle e fiscalização por parte dos cidadãos por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. A participação da comunidade constituem as principais diretrizes do Sistema Público de Saúde, contribuindo para aprofundar a democratização do

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



APOIO:



país. O fortalecimento da sociedade a nível local e o surgimento de novos espaços institucionais de participação social podem possibilitar uma maior eficiência da gestão pública.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental a partir dos registros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santa Rosa e tem como objetivo identificar aspectos relevantes, bem como de compreender a trajetória da criação da APS, do controle social e da gestão do sistema de saúde do município de Santa Rosa localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, na década de 90.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e transversal, tendo como fonte de coleta de dados as atas, documentos e relatórios do CMS e das Conferências Municipais de Saúde do município de Santa Rosa referente a década de 90.

O município em estudo localiza-se na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Integra o COREDE Fronteira Noroeste que está localizado na região noroeste do Estado do RS, fronteira do Brasil com a Argentina. Possui uma população de 78.379 habitantes, 489,4 km² e densidade demográfica de 160,2 hab/km² (DEE, 2020). É sede da 14^a Coordenadoria de Saúde e da 14^a Região de Saúde.

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado a pesquisa documental, foram consultados documentos conservados em arquivos de órgãos públicos, como relatórios, atas e resoluções de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS e documentos de planejamento, organização e relatórios das Conferências Municipais de Saúde no período de 1990 a 1999. O acesso aos documentos teve prévia autorização da Mesa Diretora do CMS.

A técnica documental utilizada extraiu informações de documentos específicos e originais seguindo a cronologia em que ocorreram as reuniões e conferências do CMS. Foram utilizados dados estritamente provenientes dos documentos com o objetivo de extrair as informações neles contidas. Segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015), a pesquisa por meio

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022



PROMOTORES:



APOIO:



de documentos constitui uma fonte estável e rica de onde o pesquisador poderá retirar evidências que fundamentam suas afirmações.

A análise dos dados foi realizada através da análise de temática, o que para Minayo (2012) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação”. Assim, de acordo com o que propõe o mesmo autor, será desenvolvida uma pré-análise com a escolha dos documentos e a retomada dos objetivos da pesquisa. Em seguida, foi realizada a exploração do material, com a classificação das categorias, de forma a responder ao problema de pesquisa e posteriormente, o tratamento dos resultados obtidos, propondo a efetivação de uma verdadeira interpretação, aliada à teoria descrita na pesquisa e demais autores que abordam resultados semelhantes, que possibilitou a inferência e interpretação dos dados na documentação pesquisada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No decorrer da pesquisa foi realizada a seleção de fragmentos que dizem respeito ao objeto do estudo, resultando em um quadro que obedece a cronologia dos acontecimentos. Os dados aqui representados contém as datas e principais categorias pesquisadas com a finalidade de trazer um melhor entendimento cronológico da história da Política Pública de Saúde do município de Santa Rosa/RS na década de 90.

Quadro 1 – Documentos oficiais pesquisados e os avanços na Política Pública de Saúde do Município de Santa Rosa - RS

Ano	Avanços no Sistema de Saúde de Santa Rosa	Documentos Consultados
1990	I Conferência Municipal de Saúde	Ata e Relatório da Conferência
1991	Plano Municipal de Saúde	Atas
	Acesso a saúde através do atendimento primário: atendimento médico, odontológico e visitas domiciliares	Atas
1992	Instalação do Conselho Municipal de Saúde pela lei 2.452 de 21/08/1992 e aprovação do regimento interno.	Atas
	Extinção do CIMS – Conselho Municipal Interinstitucional da Saúde.	Atas
		Atas

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



APOIO:



	II Conferência Municipal de Saúde	Ata e Relatório da Conferência
1993	Adesão Gestão Parcial	Atas
	Municipalização de Santa Rosa	Atas
	Criação do Fundo Municipal da Saúde	Atas
1994	Adesão Gestão Semi Plena	Atas
	Elaboração do Plano Municipal de Saúde	Atas
1995	Aprovação pelo CMS a criação da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR)	Atas
	Profissionais aprovados pelo Concurso Público para trabalhar em regime de 40 Hs com dedicação exclusiva	Atas
1996	Convênio com o Instituto Ibero Latino Americano. Vinda de equipe multiprofissional de saúde de Cuba para desenvolver projeto piloto em medicina da família	Atas
1998	Adesão a Gestão Plena	Atas
1999	IV Conferência Municipal de Saúde	Ata e Relatório da Conferência

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

Durante a sistematização dos resultados foram identificadas duas categorias: a) A constituição do Sistema de Saúde de Santa Rosa/RS; b) O papel definidor do Controle Social.

a) A constituição do Sistema de Saúde de Santa Rosa/RS

O município de Santa Rosa desenvolve, há mais de três décadas, a efetivação de um modelo de atenção em saúde norteado pelos princípios e diretrizes do SUS com foco no fortalecimento da APS. A partir da análise dos documentos, foi possível identificar a relevância dos avanços no sistema de saúde local na década de 1990. O sistema de saúde do município possui aspectos significativos no que diz respeito a seu processo de constituição, aspectos identificados na pesquisa documental com o resgate histórico da trajetória da criação da APS, do controle social e do modelo de gestão do sistema de saúde.

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022



PROMOTORES:



APOIO:



Em julho do ano de 1990 foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde que teve como foco central a implantação do SUS local, a criação e efetivação do CMS. De acordo com a análise documental a conferência em suas deliberações elencou como prioridade a garantia da participação da comunidade nos processos decisórios.

No ano de 1991 teve o registro da II Conferência Municipal de Saúde com o objetivo de discutir sobre a municipalização da saúde no município. No relatório desta conferência ficou registrado o interesse da comunidade em reorganizar os serviços públicos de saúde a partir da perspectiva da prevenção, saneamento básico e melhoria das condições de vida em geral e fortalecimento do CMS.

Analisando-se os documentos é possível inferir que os participantes da conferência agregaram discussões a partir dos parâmetros das Leis Orgânicas da Saúde explicitando o conceito ampliado de saúde através da expressão dos determinantes e condicionantes da saúde:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990 a)

Outro aspecto relevante na análise dos temas refere-se às concepções sobre a organização do SUS incorporando os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade.

...Proposta) Garantir acesso a saúde através do atendimento primário, atendimento médico, odontológico, de urgência e visitas domiciliares, ou seja, a solicitação dos cidadãos no que diz respeito ao acesso universal e gratuito a serviços resolutivos de boa qualidade, bem como, os serviços de profissionais especializados. (Conferência, 1991)...

O registro acima aproxima-se das bases legais da Constituição Federal de 1988, no artigo 198 que descreve a integralidade como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, organizados em níveis de complexidade. Também é possível associar o conceito de integralidade a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) em que é definida como a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, caso o usuário necessite, como também a possibilidade de integrar ações preventivas com as curativas pelos serviços de saúde (BRASIL, 1990a, CARNUT, 2017).



Segundo indicativo documental, o município de Santa Rosa foi um dos primeiros municípios gaúchos a aderir a municipalização da saúde, criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e CMS, fatos estes que ocorreram nos anos de 1992 a 1994.

Prerrogativa legal da participação da comunidade a partir da compreensão da relação Estado-sociedade no contexto do controle sobre a gestão pública através dos Conselhos de Saúde e Conferências presente na Lei 80142, requisito para a municipalização, a participação da comunidade enquanto controle social no SUS teve como marco histórico em Santa Rosa o dia 21 de agosto do ano de 1992 quando foi instituído o CMS pela Lei Municipal nº 2.452 e aprovado o seu Regimento Interno com eleição da Mesa Diretora. Neste contexto, a criação do conselho foi o resultado de intensas mobilizações sociais com a discussão do papel da sociedade na saúde. Houve amplo debate na sociedade que resultou na conformação de 72 (setenta e dois) membros titulares acrescidos de seus suplentes, seguindo a paridade legal de 50% de usuários (sociedade civil), 25 % prestadores de serviços de saúde/gestores e 25% de profissionais de saúde.

Na análise produzida por este estudo é possível constatar a atuação pró-ativa do Conselho Municipal de Saúde mantendo regularidade das reuniões, ampla participação dos seus conselheiros com a presença de mais de 50% dos e discussões efetivas da política de saúde local. Para Luchman (2007) a legitimidade dos Conselhos de Saúde está relacionada ao grau ativo da participação da sociedade civil de modo a estabelecerem também entre si uma conexão capaz de efetivar processos legítimos de autorização e prestação de contas.

O Brasil desenvolveu estratégias de descentralização para saúde para os estados e municípios, favorecendo a ampliação da oferta e o acesso aos serviços e ações. Em Santa Rosa, a municipalização da saúde ocorreu no ano de 1993 quando a gestão municipal aderiu ao modelo de gestão classificada do tipo Gestão Parcial a partir da Norma Operacional Básica (NOB), (BRASIL, 1993), definindo diferentes estágios de descentralização e competência para que o município pudesse gerenciar as ações básicas de saúde a nível federal, recebendo recursos financeiros de acordo com a prestação de serviços no que se refere a quantidade de procedimentos realizados.

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



APOIO:



municipalização da saúde e reorganização local com centralidade da atenção na APS culminando com a elaboração democrática do primeiro Plano Municipal de Saúde em 1993. Nesse período foi expresso nas discussões do CMS a necessidade de redefinição da atuação dos profissionais de saúde que estavam em atuação na APS, pois nestes locais o atendimento ambulatorial seguia o modelo de saúde ofertado em espaços centralizados, direcionados ao atendimento de doenças e no atendimento médico especializado.

Ainda no ano de 1994 o município aderiu a Gestão Semiplena passando a receber a totalidade dos recursos do custeio hospitalar e ambulatorial, bem como, gestão do sistema de saúde a nível local. Os serviços básicos e a incorporação de serviços complementares como consultas especializadas, exame e acesso hospitalar as internações foram ampliados e administrados pelo secretaria municipal de saúde.

Na cronológica temporal, os documentos do CMS demonstram os avanços crescentes relacionados à municipalização do sistema de saúde de Santa Rosa. O movimento registrado no município em estudo demonstra a implantação das políticas públicas o que tem oportunizado protagonismo de muitas das ações sociais, sendo gestor das iniciativas locais de saúde na busca da integralidade e acesso à população.

Durante a década de 90, entre os avanços pontuados nos documentos, houve ampliação das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde com maior oferta de serviços no âmbito da rede básica e o número de profissionais para compor essas equipes. De acordo com os registros foi identificada a necessidade da contratação de pessoal com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, salário compatível e dedicação exclusiva.

No ano de 1995 foi aprovada pelo CMS a criação da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR), estrutura administrativa que equivale à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Lei Municipal nº. 2.912, de 27/12/95 (SANTA ROSA, 1995). (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA, 1995). Com isso, a instituição passou a gerir o sistema de saúde municipal, assumindo a formulação das políticas de saúde no âmbito local. Nesta forma administrativa o sistema de saúde local passou a ser responsável pelo planejamento, organização, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde contando com



estrutura administrativa de fundação de direito público² com alcance de maior autonomia jurídica e administrativa.

No ano de 1996 foi discutido no CMS a elaboração de um convênio com o Instituto Ibero Latino Americano da Saúde e do Trabalho. Este convênio viabilizou a vinda de uma equipe multidisciplinar de saúde de Cuba que permaneceu no município durante 3 meses, contribuindo no fortalecimento das discussões sobre a reorganização do modelo de atenção baseado nos princípios da APS. No mesmo ano foi realizado concurso público com dedicação exclusiva aos profissionais médicos e multiprofissionais com salário diferenciado, o que motivou ampla disputa no certame.

Constata-se que a articulação da sociedade civil, gestores, profissionais de saúde e prestadores foi determinante para a construção do modelo de saúde local com a reposicionamento da atenção hospitalar curativista para atenção em saúde para situações em que a complexidade tecnológica de média e alta faz-se necessário, ao mesmo tempo em que direcionou a APS como porta de entrada do SUS.

As proposições populares registradas nas reuniões do CMS e conferências municipais direcionaram a ampliação dos recursos humanos nos anos 90 visando o fortalecimento da APS como primeiro contato assistencial da população focado no indivíduo e que oferece continuidade ao longo do tempo, considerada como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência integral à saúde da população.

A atuação de equipes multidisciplinares nos territórios adscritos referenciando as pessoas próximas de sua residência pode ser considerada um marco decisório na estruturação do sistema local com o direcionamento da APS. Os profissionais concursados passaram a atuar 40 horas semanais em espaços territoriais com enfoque no cuidado interdisciplinar e na integralidade do cuidado, com ampliação do acesso e da resolutividade, qualificando o atendimento da população.

² As fundações públicas são órgãos da administração pública consideradas, assim, após o advento da Lei 7.596/87, que introduziu o §4º do Decreto Lei 200/67. É entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de uma autorização legislativa, para desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da união e de outras fonte (<https://jus.com.br/artigos/75925/fundacoes-publicas-e-sua-natureza-juridica>).



A contratação de profissionais com dedicação exclusiva na APS, redirecionou a inserção dos profissionais no contexto do SUS, com a permanência dos técnicos 40 (quarenta) horas no serviço público houve a diminuição da rotatividade de profissionais, garantindo qualificação do sistema a partir do cuidado longitudinal e integral com estabelecimento de vínculos sólidos entre as equipes e os usuários. Estes ganhos ao sistema justificaram o aumento do aporte financeiro destinado às gratificações com repercussões positivas ao sistema.

O fortalecimento do cuidado com base nos territórios da APS tem convergência nas diferentes realidades mundiais. Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS, 2015) a APS possui como atributos essenciais como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, bem como atributos derivados, que visam a focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Também cumpre os papéis de resolutividade, coordenação e responsabilização.

Neste contexto evidencia-se protagonismo do município de Santa Rosa quanto ao direcionamento do modelo de atenção centrado na APS. Logo após a municipalização da saúde na realidade local, mesmo antes da proposição do Ministério da Saúde (MS) criar o Programa de Saúde da Família (PSF), em Santa Rosa foram criadas as equipes multiprofissionais com definição de território adscritos, com participação do CMS. A composição de equipes multiprofissionais para a APS tornou possível a implantação de um sistema de saúde público efetivo e resolutivo.

b) O papel definidor do Controle Social

A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil e instituições da esfera privada. No contexto brasileiro, esse conceito passou a ser considerado como a possibilidade de ampliação da cidadania.

A participação da população é fundamentada na universalização dos direitos sociais e na ampliação do conceito de cidadania. A partir do controle social, os cidadãos podem fiscalizar a ação do Estado, exigindo que o governo preste contas sobre o uso dos recursos públicos.

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



20 ANOS



APOIO:



Para a efetiva participação da sociedade civil organizada nas decisões de gestão do Sistema Público de Saúde passou por processos de amadurecimento ao longo dos anos, resultando em um sistema de controle social mais qualificado, deliberativo, independente e representativo

O direito universal e igualitário começou a ser garantido no Brasil a partir de 1985, marcado pelo processo de reformas políticas e administrativas que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este marco legal estabeleceu um novo conceito de saúde, passando a ser vista como “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, através das Leis 8080 (BRASIL 1990a) e 8142 (BRASIL 1990b), que criaram o SUS e instituíram a participação e controle social na gestão do sistema de saúde do país. Estes marcos regulatórios oportunizaram a normatização do sistema de saúde baseando-se, dentre outros, nos princípios da integralidade, descentralização e da participação popular, criando assim instrumentos para que a sociedade pudesse exercer o seu papel de participante e fiscalizadora das ações do Estado na busca do bem comum e do interesse público.

A construção coletiva a partir da participação da sociedade na definição das políticas de saúde constitui um princípio orientador do SUS. Esta participação contribui para a definição das Políticas Públicas de Saúde como deliberação das diretrizes municipais, oportunizando assim o exercício da cidadania. As Conferências Municipais de Saúde buscam a participação paritária e democrática dos diversos segmentos da sociedade civil organizada, profissionais, gestores e prestadores (BRASIL, 1990c). São convocadas em períodos regulares, em cada esfera de governo e tem a finalidade de consultar representantes dos diferentes segmentos da sociedade sobre as demandas e necessidades em saúde segundo as regulamentações do SUS. O objetivo é definir as diretrizes para as Políticas Públicas do setor (CHAVES, EGRY, 2012).

Nos anos 90 foram realizadas quatro Conferências Municipais no município de Santa Rosa. Na análise documental identificou-se que a primeira ocorreu no ano de 1990 e teve como objetivo a implantação do SUS e discussões quanto às questões relacionadas ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) existente até então buscando estratégias para ampliar a participação da sociedade. A segunda conferência ocorreu em 1991 e suas deliberações tiveram foco na municipalização da saúde e criação da lei municipal para



instituição do CMS. Houve discussões sobre o acesso à saúde através da APS e a relevância da participação da comunidade na gestão local do SUS. Como estratégia de ampliar o engajamento da sociedade sobre a temática da saúde foi definida a elaboração de uma cartilha com orientações sobre municipalização, CMS e FMS.

Não foram encontrados registros do Relatório da Terceira Conferência e não foi identificado a data de sua realização. Já na quarta Conferência Municipal de Saúde realizada em 1999, foi possível identificar discussões centradas em temas como cidadania e políticas públicas, gestão e organização dos serviços de saúde, controle social, financiamento da saúde, recursos humanos para a saúde, atendimento hospitalar e políticas ligadas ao saneamento, meio ambiente e vigilância sanitária foram as principais deliberações. Houve o fortalecimento dos conceitos com relação à APS entendida como Atenção Integral à Saúde. De acordo com a análise documental é possível perceber amadurecimento das discussões sobre o SUS e sobre a integralidade do cuidado, bem como, a crescente mobilização da comunidade sobre seu papel na definição das políticas públicas de saúde.

Segundo Rua (2009), o conselho constitui-se em um espaço de argumentação sobre (e de redefinição de) valores, normas e procedimentos, de formação de consensos, de transformação de preferências e de construção de identidades sociais. Têm poder de agenda e podem interferir, de forma significativa, nas ações e metas dos governos e em seus sistemas administrativos.

No município, o conceito controle social começa a ser firmado a partir de 1999, ano em que ocorreu a IV Conferência Municipal de Saúde. Nesta conferência ficou evidente o avanço do entendimento no que diz respeito à importância da participação da população neste espaço, manifestadas através de deliberações como maior participação popular nas reuniões da comunidade; descentralização das reuniões ordinárias; o fomento dos conselhos locais; e a realização de capacitação para os conselheiros.

Desse modo, a efetivação do controle social por meio do envolvimento da comunidade nos processos de gestão através da participação ativa nas Conferências Municipais de Saúde contribui significativamente na conquista dos avanços nos processos de gestão da saúde no município. Para Lima e Lima (2017) a efetiva participação da sociedade civil organizada nas



decisões de gestão do SUS demonstra qualificação com espaços legitimados de deliberação e representatividade social.

Sobre o processo de realização das conferências é possível inferir que houve expressiva participação popular. As conferências foram precedidas de reuniões descentralizadas nas comunidades, organizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Há o registro documental de 49 reuniões denominadas de Pré-Conferências, momento em que eram discutidos o sistema de saúde através de trabalhos em grupos com perguntas: que bom (o que era considerado potencialidade), que pena (eram discutidos as fragilidades) e que tal (eram propostos identificados os representantes usuários das comunidades designados como delegados de saúde, que na conferência efetivaram sua participação com direito a voz e voto.

Outro aspecto relevante no processo das conferências relaciona-se à carga horária destinada a sua realização. Nos registros observa-se que cada conferência tinha duração superior a 20h e sua realização ocorreu nos finais de semana, facilitando a participação. Outro aspecto que chama a atenção refere-se a ampla participação em número de pessoas nas conferências. Há o registro médio de mais de mil pessoas em cada

Constata-se que os espaços democráticos das conferências municipais de saúde e do CMS no município em estudo têm contribuído para a democratização das decisões políticas a partir da definição das prioridades que emanam da comunidade e são fundamentais para ampliar as conquistas de novos direitos sociais objetivando diminuir as desigualdades. A partir da participação social nas políticas públicas, os cidadãos são ouvidos no processo de tomada de decisão dos governantes, contribuindo para que essas políticas atendam ao interesse público. Para Milani (2008) a participação social através das organizações da sociedade civil no processo de formulação de políticas públicas foi transformado em modelo da gestão pública local contemporânea.

Para Chaves, Egry (2012) o controle social configura-se em cidadania em uma sociedade democrática. Os representantes dos segmentos da sociedade participam na elaboração das Políticas Públicas para atender às necessidades dos indivíduos e da própria sociedade. Constata-se pelo aprofundamento científico que a participação popular no município de Santa Rosa motivou o protagonismo na definição das políticas de saúde

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



APOIO:



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços das Políticas Públicas de saúde no Brasil tem sua efetivação a partir da CF de 1988 e dos marcos legais através das Leis 8080 e 8142 de 1990. A formulação do SUS tem como diferencial os processos democráticos de gestão com legitimidade da participação da comunidade.

No município de Santa Rosa nos anos 90, pode-se constatar o alinhamento da gestão local de saúde com a legislação federal o que oportunizou a organização do sistema de saúde local a partir da municipalização da saúde. No desenvolvimento das atividades foi possível identificar a capacidade de gestão fundamentada e efetivada pela participação da comunidade em diversos espaços, especialmente no CMS e nas Conferências Municipais de Saúde.

Observou-se que nos anos 90, a gestão local de saúde partilhou espaços entre as proposições legais e as necessidades de saúde identificadas pela população. A participação popular ocorreu de forma direta e efetiva e possibilitou que temas como precariedade das estruturas físicas das Unidades de Saúde, seu número restrito, à insuficiência de profissionais para atender a população e trabalho interdisciplinar fossem determinantes na agenda de saúde com avanços na definição da APS como ordenadora do cuidado.

A análise documental realizada nesta pesquisa oportunizou conhecimento consistente sobre a construção e evolução do sistema de saúde do município de Santa Rosa. Houve a caracterização da Gestão Semiplena e após, da Gestão Plena, direcionando a política municipal de saúde através das redes de atenção à saúde mantendo a APS como gerenciadora do cuidado.

Portanto, considera-se que o presente estudo oferece subsídios em conhecer a realidade local de saúde de um município de médio porte, localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul a partir da ótica da participação popular e que na atualidade continua se destacando pela qualidade da gestão, pois conta com a participação da comunidade efetiva fortalecendo espaços democráticos.



III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

 **DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022**

PROMOTORES:



APOIO:



Entende-se que a produção do conhecimento é um processo contínuo de busca. Cada nova investigação que se insere no nosso cotidiano complementa e/ou contesta contribuições anteriormente dadas ao estudo em questão. Desta forma, considera-se importante que novas pesquisas nesta temática sejam elaboradas, de forma a permitir o conhecimento dos aspectos relevantes do sistema de saúde do município de Santa Rosa nos anos 2000 até os dias atuais.

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022

RELAGS



PROMOTORES:



APOIO:



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES Luciano José, SHIMIZU Helena Eri; HAMANN Edgar Merchán. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil:** revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 08 abr.2018.

_____. a. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

_____. b. **Lei n. 8.142**, de 24 de novembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. c. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993 (NOB, 93).** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica-SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

CAVALCANTE Pedro. **A Implantação Municipal das Políticas sociais: uma análise espacial.** *Revista Planejamento e políticas públicas - IPEA*. Brasília: n. 42 | jan./jun. 2014 (239 a 269).

CHAVES, M. N.; EGRY, E. Y. **Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde.** *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 no.6 São Paulo Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600020>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

CRUZ, Claudia. Ferreira, FERREIRA Aracéli Cristina de Sousa, SILVA Lino Martins da, MACEDO Marcelo Alvaro da Silva. **Transparência da gestão pública municipal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios brasileiros.** *Revista de Administração Pública*, v. 46, n. 1, p. 153-176, 2012

FLEURY, SONIA. **Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local.** Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O.; SILVA, R. M. P.; **Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal.** *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro. V. 40. N. 111. P. 49-62. OUT-DEZ 2016. Disponível em:

III SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

III ELAGS ENCUENTRO LATINO AMERICANO DE GESTIÓN SOCIAL

VII SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DE 8 A 11 DE NOVEMBRO DE 2022



PROMOTORES:



APOIO:



<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400049&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L.; **Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa.** Investigação Qualitativa em Educação//Volume 2. Atas CIAIQ2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

LIMA Dartel Ferrari de, LIMA Lohran Anguera, O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. Revista Saúde em Debate: Rio de Janeiro, Volume. 41, Número. 115, o. 1168-1176, Out- Dez 2017.

MILANI, Carlos Roberto Sanchez. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro 42(3):551-79, maio/jun. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza Minayo. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):621-626, 2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA. **Lei Municipal nº 2.452** de 21 de agosto de 1992. Conselho Municipal da Saúde. Santa Rosa/RS.

_____ Lei Municipal nº. 2.912, de 27/12/95. Lei de Criação da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDESE.** Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, Departamento de Economia e Estatística- FEE Porto Alegre. Disponível <https://dee.rs.gov.br/inicial>. Acesso em 10/09/2022.

RUA, Graças, Maria. **Políticas públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. RODRIGUES

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SHIMIZU Helena Eri, CARVALHO André Luis Bonifácio de, JUNIOR Nilo Brêtas Júnior, CAPUCCI Raquel Rodrigues. **Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios.** Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO volume 26, Suplementação 2, p 3385- 3396, 2021.