



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

TATIANA PINHEIRO MOTA BRITTO

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DA BAHIA:
UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Salvador
2022

TATIANA PINHEIRO MOTA BRITTO

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DA BAHIA:
UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Cardoso Ventura

Salvador
2022

Escola de Administração - UFBA

B862 Britto, Tatiana Pinheiro Mota.

Controle social na saúde pública no Estado da Bahia: uma análise da atuação no Conselho Estadual de Saúde / Tatiana Pinheiro Mota Britto. – 2021.

98 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Cardoso Ventura.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2021.

1. Conselhos de saúde – Bahia – Avaliação – 2016 – 2019.

2. Controle social – Saúde – Bahia. 3. Política de saúde – Bahia – Participação do cidadão. 5. Saúde - Bahia – Planejamento. 6. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.1
658.406

TATIANA PINHEIRO MOTA BRITTO

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DA BAHIA:
UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial
obtenção do grau de Mestre em Administração,
Escola de Administração, Universidade Federal da
Bahia.

Salvador, 1º de junho de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Andréa Cardoso Ventura (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Profa. Dra. Denise Ribeiro de Almeida
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Profa. Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Universidade do Estado da Bahia – UNEB

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e perseverança para superar as adversidades e chegar até aqui.

Ao meu filho Matheus pela ajuda e incentivo quando relutei em participar da turma de mestrado, enquanto ainda era uma possibilidade. Sem o seu incentivo, não teria vivenciado esta oportunidade. Amo você mais que demais!

Ao meu esposo Antônio Augusto, à minha mãe, aos meus familiares pelo carinho e compreensão nos momentos em que me fiz ausente em razão dos compromissos do mestrado.

Aos colegas por entenderem meu momento atribulado e pela ajuda valiosa nos trabalhos que juntos realizamos.

À minha orientadora Profa. Dra. Andréa Cardoso Ventura pelo incentivo, pela disponibilidade e pela atenção que sempre me dispensou; por não me deixar sucumbir nos momentos adversos e pela ajuda preciosa na construção do conhecimento tão crucial ao desenvolvimento deste trabalho. Muito Obrigada! Sem a sua ajuda, este trabalho não teria se concretizado.

*Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.*

Mahatma Gandhi

BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. Controle Social na saúde pública no estado da Bahia: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientadora: Andréa Cardoso Ventura. 98 f. il. 2022. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

Esta dissertação se propôs a analisar como se caracterizou a atuação do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA), no período de 2016 a 2019, quanto a elaboração, implementação e acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde), considerados basilares para o Sistema Único de Saúde (SUS). Buscou-se compreender se houve alteração na forma de atuação do CES/BA como Controle Social do SUS, após o advento da Portaria Federal nº 3.992/2017, que altera a forma de repasse dos recursos financeiros aos entes subnacionais. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo, utilizando como método a análise de conteúdo de documentos e das entrevistas semiestruturadas realizadas com os conselheiros mais assíduos e de maior participação no fórum. Dentre os resultados encontrados, destacam-se o desalinhamento na realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia e a data do envio do Plano Plurianual à Casa Legislativa; o descumprimento do gestor de saúde quanto às normativas que regem o Controle Social; a incipiente participação do CES/BA na formulação das políticas de Saúde; a ausência de transparência e despreparo dos conselheiros para o desempenho de suas funções; a relação conflituosa ente o gestor de saúde e o colegiado. Espera-se que esta pesquisa contribua para a efetividade do Controle Social exercido por Conselhos de Saúde, na busca por mais eficiência no atendimento das demandas da população, considerando a implementação das Políticas Públicas de Saúde estabelecidas pelo gestor do SUS.

Palavras-chave: Controle Social. Saúde. Participação. Instrumentos de Planejamento. Conselho Estadual de Saúde da Bahia.

BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. Social control in public health in the state of Bahia: an analysis of the State Health Council's performance. Advisor: Andréa Cardoso Ventura. 98 s. ill. 2022. Dissertation (Master's in Administration) – School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze how the performance of the State Health Council of Bahia (CES/BA) was characterized, from 2016 to 2019, regarding the elaboration, implementation, and monitoring of Health Planning instruments (Health Plan, Annual Health Program, and Annual Health Report), considered essential for the Unified Health System (SUS). We sought to understand whether there were any changes in the way that the CES/BA acted as Social Control of the SUS, after the advent of Federal Ordinance No. 3,992/2017, which changes the way in which financial resources are transferred to subnational entities. This is a research with a qualitative and exploratory approach, using as a method the content analysis of documents and semi-structured interviews carried out with the most assiduous counselors and those with greater participation in the forum. Among the results found, we highlight the misalignment in the 9th Bahia State Health Conference and the date of sending the Pluriannual Plan to the Legislative House; the non-compliance of the health manager with the regulations that govern Social Control; the incipient participation of the CES/BA in the formulation of Health policies; the lack of transparency and unpreparedness of the directors for the performance of their duties; the conflicting relationship between the health manager and the collegiate. We hope that this research will contribute to the effectiveness of Social Control exercised by health councils, in the search for more efficiency in meeting the demands of the population, considering the implementation of Public Health Policies established by the SUS manager.

Keywords: Social Control. Health. Participation. Planning Instruments. Bahia State Health Council.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Principais características dos conselhos	27
Quadro 2 – Atribuições dos conselhos	28
Quadro 3 – Atas de Reuniões do CES/BA analisadas entre 2015 e 2019	49
Quadro 4 – Temas e Categorias de Análises	51
Quadro 5 – Acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, Controle Social – CES/BA	64
Figura 1 – Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual.....	66
Quadro 6 – Cumprimento dos prazos pelo Gestor de Saúde quanto aos Instrumentos de Planejamento.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APG	Assessoria de Planejamento e Gestão
ASPS	Ações e Serviços Público de Saúde
CC	Conselho das Cidades
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES/BA	Conselho Estadual de Saúde da Bahia
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDEFAT	Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador
CONDRAF	Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável
CONFERES	Conferência Estadual de Saúde
ONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Saúde
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RPMA	Rede de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL	20
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.3 JUSTIFICATIVA	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 CONTROLE SOCIAL	22
2.1.1 Conselhos como instrumento de participação social.....	25
2.2. CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE	29
2.2.1 Conselhos de Saúde	31
2.2.2 Situação atual dos Conselhos no Brasil	35
2.3 PLANEJAMENTO NA SAÚDE ENQUANTO OBJETO DE CONTROLE SOCIAL	38
2.3.1 Planejamento Participativo.....	41
3 PROCESSO METODOLÓGICO	44
3.1 LÓCUS DA PESQUISA: CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA	45
3.2 FONTES DE DADOS E ETAPAS DA ANÁLISE.....	47
3.2.1 Análise documental.....	48
3.2.2 Entrevista	49
3.2.3 Análise dos dados.....	51
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
3.4 LIMITAÇÃO DO ESCOPO	53
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
4.1 PARTICIPAÇÃO.....	54
4.1.1 Elaboração da Conferência Estadual de Saúde (9ª CONFERES)	54
4.1.2 Aprovação das Diretrizes da Conferência Estadual de Saúde.....	56
4.1.3 Autonomia da Gestão ante o CES/BA	59
4.2 CONTROLE SOCIAL	62
4.2.1 Monitoramento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento	63
4.2.1.1 Plano de Saúde.....	66
4.2.1.2 Plano Estadual de Saúde.....	67

4.2.1.3 Programação Anual de Saúde.....	71
4.2.1.4 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	73
4.2.1.5 Relatório Anual de Gestão.....	76
4.2.2 Consonância entre os Instrumentos de Saúde e os Instrumentos de Governo.....	79
4.2.3 Comportamento do CES/BA perante a Portaria Federal nº 3.992/2017.....	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
5.1 RECOMENDAÇÃO APÓS ANÁLISE DOS RESULTADOS	88
5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	89
5.3 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	89
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista.....	97

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que antecedeu a década de 1980, no qual é debatida a ideia de saúde e igualdade para todos iniciada em 1978 na Conferência de Alma-Ata; que enfatiza a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2002, p. 1). Tal movimento contou com forte participação popular, constituído inicialmente por uma parcela de intelectuais, universitários e profissionais da área da saúde.

As ideias e os debates produzidos por esse movimento foram levados para a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, na qual ficaram definidos os princípios que viriam a embasar o SUS. A intenção era basicamente a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, a universalização e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (BRASIL, 2002).

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal (CF/1988), que incorporou todo o processo desenvolvido nas últimas duas décadas. O sistema de saúde antes excludente, centralizado e sem participação popular passa a ser universal, de assistência integral, equitativo e com a participação da sociedade. Essa nova estratégia de saúde, visando à democratização da gestão, incluiu entre as diretrizes organizativas do SUS a participação da comunidade na gestão do SUS, ampliando os direitos de cidadania e garantindo a participação da sociedade na formulação das políticas e no controle das ações públicas. A assistência à saúde, anteriormente tida como um “seguro social”, para apenas aqueles que pagavam pelo serviço, mudou completamente. A partir de então, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988; FRANCO, 2016).

Para Silva, Jaccoud e Beghin (2005), com a nova Carta Magna, a participação social passa a ser valorizada no processo de decisão das políticas sociais, em caráter complementar à ação estatal, estabelecendo-se como um fundamento dos mecanismos institucionais, que visa garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidade dos direitos sociais nas diversas áreas educação, saúde, assistência social, previdência social e trabalho.

Em 1990, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990a) que dispõe, entre outras coisas, sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; organização e funcionamento dos serviços correspondentes, estabelecendo que os Planos de Saúde são os instrumentos centrais de planejamento responsáveis pela definição e implementação das políticas de saúde.

Ainda em 1990, o Controle Social na Saúde foi institucionalizado no Brasil por meio da Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que trata das condições para o recebimento de recursos federais e da participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

As Conferências avaliam a situação da saúde e propõem as diretrizes da política de saúde nos níveis correspondentes. Os Conselhos são órgãos colegiados permanentes e deliberativos do SUS de cada esfera de governo, compostos por representante dos usuários, trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive no que tange aos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

A Lei nº 8.142/1990 também discerne sobre a importância do planejamento em saúde e respectivos Instrumentos de Planejamento em Saúde: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) que, dada a sua singularidade, permitem o exercício dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade tal como posto na CF/1988 (BRASIL, 1990b).

É importante salientar que os Conselhos de Saúde, como órgãos de Controle Social do SUS, além de definir as diretrizes da saúde, fiscalizam, avaliam e emitem parecer conclusivo sobre todos os instrumentos do planejamento. Entretanto, para que as ações definidas no planejamento de saúde possam, de fato, contribuir para a melhoria da gestão do SUS, faz-se necessário o comprometimento de todos os entes federados quanto à transparência e à visibilidade desses instrumentos (BRASIL, 2016).

Parte-se da premissa que, para garantir que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS) aos entes subnacionais, destinados ao custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), é necessário que haja um contínuo acompanhamento e fiscalização, por parte do Conselho Estadual de Saúde da Bahia

(CES/BA), sobre os Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG), em face da importância dessas ferramentas no acompanhamento e monitoramento das Políticas Públicas de Saúde do Estado. É importante ressaltar que, entre as proposições do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019, destaca-se o Compromisso 9, que trata do Controle Social, cuja proposta é “Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do Controle Social.” (BAHIA, 2016, p. 110). Observa-se que o PES constitui requisito legal para o balizamento da gestão, considerando que essa ferramenta expressa as políticas de saúde para o quadriênio 2016-2019.

Nesse sentido, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu art. 31, visando assegurar a transparência e a visibilidade das prestações de contas da área da saúde, estabeleceu a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde de todos os entes da federação de divulgar periodicamente, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, as prestações de contas; assegurando, mediante incentivo à participação popular, a realização de audiências públicas durante todo o processo de elaboração e discussão do PS, da PAS e do RAG, posteriormente submetidos à apreciação do respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2012a).

Salienta-se que, com a criação do SUS, a garantia constitucional de acesso aos bens e serviços de saúde vem sendo compartilhada pelos três entes federados de forma universal, igualitária e integral. Visando ao aperfeiçoamento do sistema intergovernamental, diversos mecanismos de coordenação foram estabelecidos ao longo dos anos. Entre estes, citam-se as mudanças promovidas pela Portaria Federal nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017), que dispõe sobre a organização dos blocos de financiamento e a transferência de recursos pelo MS aos entes subnacionais, para custeio das ASPS.

As transferências dos recursos financeiros pelo MS aos entes subnacionais para custeio das ASPS passam a ocorrer por meio de dois blocos de financiamento (Custeio e Investimento), e não mais por intermédio de seis blocos de financiamento conforme determinava a normativa anterior. A nova portaria também separa o fluxo orçamentário do fluxo financeiro, dando ao gestor mais flexibilidade para gerir os recursos recebidos, desde que obedecidos os parâmetros estabelecidos no respectivo orçamento. Os recebimentos dos recursos ficam condicionado à instituição e ao

funcionamento do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde, devendo as ações e serviço público de saúde estarem refletidas no PS e na respectiva Programação Anual; e os seus resultados, trazidos no Relatório de Gestão, que deve ser apresentando anualmente. Vale salientar que esses Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG) devem ser submetidos ao respectivo Conselho de Saúde (PEREIRA *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

Em 26 de janeiro de 2017, o alicerce da portaria foi discutido e pactuado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pelos gestores do SUS, representados pelo MS, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Propunha a alteração na forma de repasse dos recursos financeiros transferidos pela União aos entes subnacionais. A forma de repasse, do modelo institucional até então vigente, ocorre, fundo a fundo, por meio de seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica, atenção básica, gestão, investimentos, média e alta complexidade e vigilância em saúde). A proposta foi reduzir para dois blocos de financiamento (custeio e capital). Foram previstas, também, mudanças estruturais em processos como planejamento integrado, programação, sistema de informação em saúde, monitoramento, avaliação a gestão dos fundos de saúde.

A proposta foi apresentada pelo MS e defendida pelos atores com representação na CIT que argumentaram a necessidade de ampliação da autonomia municipal para agilização da gestão financeira da política. Para os representantes dos municípios na CIT, a mudança no mecanismo do financiamento federal permitiria a superação de um modelo inadequado, no qual os recursos federais eram transferidos de forma engessada, o que reduz a eficiência do sistema. A intenção declarada era de modificar dinâmicas relativas ao planejamento, aos planos e aos critérios de rateio e, principalmente, à forma de repasse de recursos federais; entretanto o objetivo principal era o de viabilizar a desvinculação dos recursos recebidos da União em relação às finalidades de aplicação estabelecidas no orçamento federal. Os recursos seriam direcionados pelos gestores estaduais e municipais às ações orçamentárias de seus respectivos orçamentos, de acordo com as prioridades que definissem, ou seja, seriam alocados livremente. Posteriormente, esses gestores prestariam contas da aplicação dos recursos por meio do RAG (JACCOUD; VIEIRA, 2020).

Em 28 de dezembro de 2017, a proposta debatida na CIT foi contemplada pela Portaria Federal nº 3.992 (BRASIL, 2017). Com a mudança, surge a necessidade de um rígido controle, por parte dos gestores, no que se refere às entradas e às saídas dos recursos federais no Fundo de Saúde – isso porque, em uma única conta, serão recebidos os recursos de diversas estratégias ou ações, para as quais existem programações ou planos de trabalho específicos. Observa-se que essa portaria determina que a utilização dos recursos deve corresponder e estar vinculada às ações inseridas no PS e na PAS. Entretanto, não obstante as mudanças possibilitarem uma maior autonomia na utilização dos recursos financeiros no exercício financeiro vigente, os recursos federais permaneçam vinculados às normativas que deram origem aos repasses. Dessa forma, ao final do ano, a execução dos recursos deve estar vinculada à finalidade definida no respectivo Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União e ao estabelecido no PS, PAS submetidos ao respectivo Conselho de Saúde (PEREIRA *et al.*, 2018).

Ressalta-se que, em obediência à Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos PS, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde, desde que devidamente justificadas. Em casos em que seja necessária a realização de ações e serviços não previstos no PS, estas devem ser submetidas ao respectivo Conselho de Saúde. Por fim, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem comprovar a utilização dos recursos da saúde por meio do RAG, que deverá ser encaminhado ao respectivo Conselho de Saúde, a quem cabe emitir parecer conclusivo (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, Pereira e colaboradores (2018) entendem que a mudança estabelecida com a unificação das contas correntes bancária fortalece os Instrumentos de Planejamento, ferramentas basilares e indispensáveis para implementar e consolidar, de forma definitiva, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da gestão SUS.

Para Funcia (2017), em texto anterior à publicação da portaria aqui mencionada, a análise descontextualizada das mudanças, a princípio, tende a ser valorizada em virtude da desburocratização do processo de financiamento do SUS, que, aliado ao fortalecimento da descentralização do processo de planejamento, possibilita uma maior flexibilidade operacional na utilização dos recursos, bem como o

aprimoramento do processo de planejamento ascendente, conforme estabelecido na Lei Complementar nº 141/2012. Entretanto, a flexibilização pretendida com a criação de apenas duas categorias de transferência não pode ser considerada como um fim em si mesmo nem pode ser avaliada de forma descontextualizada.

Após o advento da nova portaria, Funcia (2018) faz uma reflexão a respeito dos possíveis impactos trazidos pela nova normativa. Para ele, a existência de posicionamentos diversos por parte de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, sobre as mudanças promovidas pela Portaria nº 3.992/2017, é reflexo da metodologia adotada pelo gestor federal do SUS e pelos representantes dos gestores dos demais entes federados, sem o devido debate do conteúdo da normativa com os atores envolvidos e com os movimentos sociais vinculados ao SUS. Salienta o autor que a flexibilização da utilização dos recursos, inicialmente, atende aos objetivos do gestor federal que repassa a responsabilidade do atendimento das necessidades de saúde da população para os gestores estaduais, distrital e municipais. Estes, por sua vez, enxergam a flexibilização como meio de sobrevivência para enfrentar a adversidade do cenário econômico atual. Entretanto, é necessário atentar para o real alcance da portaria – considerando que se trata apenas de um novo critério na forma dos repasses financeiros –, ficando mantida a regra orçamentária, bem como a obrigatoriedade dos cumprimentos das ações e serviços constantes nos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG).

Por fim, o autor chama a atenção para os riscos aos quais os gestores estaduais, distrital, e municipais estão submetidos com a flexibilização das transferências financeiras fundo a fundo considerando o cenário então vigente. Destaca a possibilidade de o gestor federal, no contexto da Emenda Constitucional nº 95/2016, eximir-se de responsabilidades no atendimento às necessidades da população, invocando a autonomia dos gestores estaduais, distrital e municipais na utilização dos recursos. Também chama a atenção para a possibilidade de governadores e prefeitos submeter os secretários de saúde às decisões políticas e pragmáticas da chamada “Administração Superior” na utilização dos recursos do SUS. Porém, admite que a manutenção das regras orçamentárias e o que foi pactuado na CIT representam uma possibilidade de que sejam respeitadas as diretrizes estabelecidas na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Dessa forma, faz-se premente que os Conselhos de Saúde, das três esferas de governo, aprimorem os instrumentos

de fiscalização, monitoramento e avaliação da execução das despesas com as ASPS (FUNCIA, 2018).

Na visão de Mendes (2017), a nova portaria tem vantagens e desvantagens. Cita como vantagens: a possibilidade da construção da política a partir das necessidades locais e a flexibilidade dos gestores para fazer e executar uma melhor política de saúde. Entretanto, para viabilizar a flexibilidade dos repasses, é necessária a construção de critérios de rateio bem definidos e embasados na lei, tendo em vista a necessidade de prevenir possíveis pressões do mercado, o que resultaria em uma desvantagem.

De acordo com Mauro Junqueira, presidente do CONASEMS, a portaria dará mais autonomia ao gestor, que pode priorizar no planejamento as ações mais necessárias para o seu município já que a realidade de cada região é diferente. Com o novo modelo de repasse, a transferência será realizada em conta financeira única, o que não permite transferência para outras contas. Dessa forma, o recurso só poderá ser gasto com as ações previstas no planejamento, e o seu recebimento tem que estar contemplado no PS. Portanto, é necessária atenção na elaboração do planejamento da saúde (CONASEMS, 2017).

Em face da relevância adquirida pelos Instrumentos de Planejamento, com o advento da Portaria nº 3.992/2017, esta dissertação propõe-se a estudar o papel do Controle Social pelo CES/BA nos anos de 2016 a 2019, tendo como foco principal o comportamento do colegiado quanto a elaboração, acompanhamento, avaliação e fiscalização desses instrumentos. Para tanto, apresenta a seguinte questão de pesquisa: **quais os efeitos trazidos pela Portaria Federal nº 3.992/2017 sobre o Controle Social exercido pelo CES/BA no que se refere aos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG)?**

Toma-se como pressuposto que a Portaria Federal nº 3.992/2017 não alterou o comportamento do CES/BA enquanto instância de Controle Social do SUS no que se refere a elaboração, acompanhamento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento em Saúde. Essa afirmação é respaldada na experiência desta pesquisadora enquanto auditora da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) ao analisar esses instrumentos em auditorias realizadas nas secretarias municipais de saúde do Estado.

1.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo geral verificar o Controle Social do CES/BA, durante os anos de 2016 a 2019, quanto a elaboração, monitoramento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG), buscando compreender os efeitos trazidos pela publicação da Portaria Federal nº 3.992/2017 para a forma de atuação do colegiado.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar se as diretrizes aprovadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) embasaram o PES 2016-2019, por meio da participação do CES/BA;
- Descrever a forma como o CES/BA participa da formulação das políticas de saúde do Estado;
- Verificar se houve alteração no comportamento do CES/BA após o advento da Portaria Federal nº 3.992/2017 quanto ao acompanhamento dos instrumentos de planejamento em saúde (PS, PAS, RAG);
- Examinar as dificuldades enfrentadas pelo CES/BA, enquanto órgão de Controle Social, com o gestor de saúde do estado da Bahia.

1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo estudo do CES/BA, surgiu a partir de experiências vivenciadas pela autora desta dissertação em auditorias realizados nos municípios do estado da Bahia ao analisar a atuação dos Conselhos de Saúde Municipais; quando foram verificadas diversas incongruências na elaboração, implementação e acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde no que concerne à implementação das políticas de saúde estabelecidas pelo ente municipal.

A escolha do CES/BA como arena de estudo se deu em virtude de a autora não ter encontrado nas bases de dados pesquisadas, a exemplo do Scielo Saúde Pública e Google Acadêmico, nas quais se concentraram a maioria das buscas, pesquisas relacionadas com a atuação do CES/BA na ótica que se pretende estudar.

O estudo se justifica quando se observa a importância e a relevância adquirida pelos Instrumentos de Planejamento em Saúde, após a publicação da Portaria Federal nº 3.992/2017, que altera a forma de repasse dos recursos financeiros pelo MS aos fundos estaduais e municipais de saúde.

Até 2017, os recursos destinados ao custeio das ASPS eram repassados pelo MS por meio de seis blocos de financiamento, e o controle dos recursos ocorria por intermédio de contas bancárias específicas, em que os recursos atribuídos a determinado bloco só poderiam ser utilizados nas ações e serviços do próprio bloco, vinculando, assim, o fluxo financeiro ao fluxo orçamentário.

Após a nova portaria, a utilização dos recursos passou a ser vinculado às ações definidas no PS e na PAS, que, ao longo do exercício, devem estar refletidas no RAG, posteriormente, submetida a apreciação e aprovação do CES/BA. A mudança fortalece os instrumentos de planejamento e, conseqüentemente, a gestão do SUS à medida que possibilita maior efetividade no acompanhamento, monitoramento e avaliação dos recursos recebidos do MS e permite flexibilizar o fluxo financeiro da gestão de saúde.

A pesquisa também, se justifica em virtude da necessidade de investigar o comportamento do CES/BA no que se refere ao acompanhamento, ao monitoramento e à avaliação dos Instrumentos de Planejamento, imprescindíveis para implementar e consolidar as políticas de saúde do SUS (PEREIRA *et al.*, 2018).

Com este estudo, espera-se contribuir para a efetividade do Controle Social exercido por meio dos Conselhos de Saúde, na busca por mais eficiência no atendimento das demandas da população em conformidade com as prioridades definidas nos Instrumentos de Planejamento em Saúde, tornando as Políticas Públicas de Saúde mais efetivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente dissertação foi estruturado em três tópicos: Controle Social; Controle Social na Saúde; e Planejamento na Saúde enquanto objeto de Controle Social.

O tópico Controle Social é analisado na ótica das Ciências Sociais. Inicia fazendo um contraponto entre o controle exercido pelo Estado sobre a sociedade e o Controle Social na perspectiva das classes subalternas representado pela sociedade civil. Perpassa pelos aspectos da redemocratização do Estado brasileiro, período marcado por grandes transformações, envolvendo as políticas públicas e as questões sociais na busca pela liberdade democrática e pelo fim da repressão. Aborda a promulgação da CF/1988, em que a democracia é ampliada; e a participação da sociedade, reconhecida como importante instrumento na organização das políticas públicas. Debate os diversos formatos de conselhos, representados por colegiados e integrados por representantes do estado e da sociedade.

O tópico Controle Social na Saúde traz a mobilização popular realizada na década de 1980 em prol de um estado democrático garantidor do acesso universal aos direitos a saúde, intento recepcionado pela CF/1988, que resultou na criação do SUS. Mostra a forma como ocorreu a descentralização político-administrativa na gestão da saúde materializada nos fóruns, conferências e colegiados. Relata a situação dos Conselhos no Brasil no ano de 2019 após o advento do Decreto Federal nº 9.759/2019, expedido pelo atual Presidente da República Jair Bolsonaro, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para os colegiados da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.

O tópico Planejamento na Saúde Enquanto Objeto de Controle Social aborda o papel do Controle Social, comparando o planejamento normativo que caracterizou a década de 1970 com a nova abordagem do processo de planejamento denominado “Planejamento Estratégico Situacional”.

2.1 CONTROLE SOCIAL

O Conceito de Controle Social é originado das Ciências Sociais. O termo pode ser utilizado para designar a forma como o Estado exerce o controle sobre a

sociedade, estabelecendo regras e princípios morais de conduta, aos quais os indivíduos devem ser submetidos, e, dessa forma, manter a ordem social sobre a sociedade (CORREIA, 2000).

Nas décadas de 1970 e 1980, período da ditadura militar, o Controle Social era utilizado para designar a atuação autoritária exercida pelo Estado sobre a sociedade, caracterizada pela ausência de interação deste com os setores organizados da sociedade. Nesse período, o Estado governava por meio de decretos, atos institucionais e de repressão, instrumentos utilizados para manter o domínio sobre a sociedade e, assim, fortalecer o capitalismo monopolista. Com o fim do regime militar em 1984, o Estado brasileiro dá início ao processo de redemocratização, período marcado por grandes transformações, envolvendo as políticas públicas e as questões sociais, bem como da luta, dos seguimentos da sociedade na busca pela liberdade democrática, pelo fim da repressão, pelas eleições diretas e pela participação da sociedade na definição e na elaboração das políticas públicas (CORREIA, 2000).

Na opinião da autora, na economia capitalista, o controle exercido pelo Estado favorece os interesses que são próprios à classe dominante, visando, por meio da implementação de políticas sociais, manterem a ordem vigente. Já na perspectiva das classes subalternas, representadas pela sociedade civil constituída por vários segmentos/classes sociais em que se organizam as lutas de classe, o Controle Social visa ao gerenciamento das políticas públicas na busca do atendimento das demandas e dos interesses dessas classes. Nesse sentido, “o Controle Social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade” (CORREIA, 2000, p. 53).

Nesse contexto, surge uma nova forma de controle entre Estado/Sociedade, em que o Controle Social passa a ter um sentido reverso ao imposto pelo Estado durante o regime militar. Com a ressignificação, o Controle Social é visto como o controle da sociedade sobre as ações do Estado, especificamente no campo das políticas sociais. Ou seja, a sociedade superando a racionalidade capitalista e passando a atuar na formulação de estratégias das políticas públicas. Entretanto, o termo Controle Social não traduz a amplitude dos direitos assegurados pela CF/1988, que permitem não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos como também se manifestam por meio da ação, em que cidadãos e políticos

têm um papel social a desempenhar na execução de suas funções; ou ainda, por intermédio da proposição, participam da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas visando atender aos legítimos interesses público (CORREIA, 2000; SILVA; CRUZ; MELO, 2006; BRAVO; CORREIA, 2012).

Observa-se que a interação entre o Estado e a Sociedade Civil ocorre mediante canais institucionalizados de participação, tais como: fóruns, conferências e conselhos, por meio dos quais as demandas dos diversos segmentos da sociedade são introduzidas e as necessidades da população são debatidas. Nesse contexto, os Conselhos Gestores, por intermédio da paridade e da autonomia que lhes são características, proporcionam o diálogo entre o poder público e a sociedade civil na definição de prioridades e investimentos necessários ao atendimento das demandas da comunidade. Isso torna os Conselhos importantes espaços no processo de gestão e deliberações das políticas públicas nas três esferas de governo. Entretanto, embora os Conselhos apontem para a ruptura com o Estado autoritário, eles, por si sós, não garantem a democratização das relações sociais, pois ainda persiste, na sociedade brasileira, uma cultura política marcada pelo corporativismo e particularismo de interesse. Portanto, faz-se necessária a construção de uma cultura política voltada para os interesses da coletividade visando dar legitimidade à construção de um Estado democrático (KOLODY; ROSA; LUIZ, 2011).

Nesse ponto de vista, Villa e Assis (2003) afirmam que o controle/participação social é um espaço institucional de participação no qual os atores sociais, representantes de segmentos da sociedade, articulam em torno da gestão governamental, ou seja, um novo espaço de cidadania. Na visão de Stotz (2006), com a redemocratização, o Controle Social adquiriu a conotação de um controle da sociedade sobre o Estado no que tange a participação, formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas

Para Silva, Jaccoud e Beghin (2005), a participação social trouxe no seu bojo avanços consideráveis no que se refere aos direitos sociais, à proteção social e à democratização das instituições, sobretudo quanto à transparência das deliberações, visibilidade das ações e das demandas sociais, bem como sobre a execução das demandas de interesse da sociedade.

Conforme Oliveira, Ianni e Dallari (2013), o Controle Social está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, pelos grupos sociais e pela sociedade à qual pertencem, a partir dos valores das normas e dos comportamentos.

2.1.1 Conselhos como instrumento de participação social

Com a promulgação da CF/1988, a democracia foi ampliada; e a participação da sociedade, reconhecida como importante instrumento na definição e implementação das políticas públicas. A consolidação da participação social efetuiu-se, principalmente, por meio dos diversos formatos de Conselhos, representados por colegiados, criados ou reorganizados, durante a década de 1990, e constituídos por representantes do Estado e da sociedade.

Os Conselhos surgiram em resposta às críticas envolvendo a relação Estado e sociedade, supostamente marcada pela ausência de democracia do processo decisório, bem como pela ineficiência da máquina pública. Com esses colegiados, buscou-se solucionar ou amenizar os problemas relacionados com a burocratização, o corporativismo, o patrimonialismo e a captura da máquina pública (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Nesse cenário, a sociedade passa a atuar de forma complementar à ação do Estado tanto nos campos da educação, saúde, assistência social, previdência social e trabalho quanto da gestão, a implementação e controle das políticas sociais. Essa atuação é concebida como interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005). Nesse sentido, Costa e Vieira (2013) destacam que a institucionalização da participação social tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e à ação da sociedade. A partir de então, sociedade e Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade.

Para Kolody, Rosa e Luiz (2011), os Conselhos Gestores como órgãos participativos e deliberativos, voltados para a defesa de interesses particulares, de certa forma, quebram o monopólio do Estado sobre o processo decisório das políticas públicas à medida que passam a participar efetivamente da sua elaboração e controle; entretanto, há de se considerar a sobreposição do interesse público sobre o privado

na busca de uma participação democrática. Para os autores, os conselhos são espaços contraditórios, de lutas e disputas de interesses, todavia, o interesse público deve ser priorizado em conformidade com os princípios democráticos. Observam que a sociedade civil inserida nesse contexto está permeada por contradições de interesses, no entanto, deverá pautar sua atuação na democracia participativa rumo às reformas qualitativas e substantivas do Estado. Essa visão é corroborada por Correia (2006) ao afirmar que a ausência de homogeneidade desses espaços, provocada, sobretudo, em virtude de divergências de interesses dos representantes dos diversos segmentos sociais, tende a influenciar o rumo da política de saúde e a favorecer os segmentos que representam.

Nesse contexto, Souza e Cardoso (2018) entendem que os Conselhos Gestores são canais efetivos de participação popular que possibilitam a consolidação da cidadania na sociedade, não como mero direito, mas como realidade. Ademais, dada a sua relevância, permite o fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas nas três esferas de governo. Citam como exemplos de Conselhos Públicos: Conselho de Alimentação Escolar, Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho de Controle Social do Programa Bolsa Família, Conselho do Fundeb, Conselho de Assistência Social.

Para os autores, os conselhos públicos são formas de descentralização do poder, que ocorre por meio da participação efetiva da sociedade. Isso demonstra que a Administração não é constituída somente por representantes estatais, considerando o poder fiscalizador que é atribuído aos representantes da sociedade civil.

Segundo Silva, Jaccoud e Beghin (2005), foram instituídos, nas diversas áreas sociais, distintos formatos de conselhos. O estudo aponta a existência, à época, de nove Conselhos Nacionais, localizados no Poder Executivo, referentes às seguintes políticas setoriais: educação, saúde, previdência social, assistência social, segurança alimentar, cidades, desenvolvimento rural e trabalho, recebendo esta última a atenção de dois conselhos. São eles: Conselho Nacional de Educação (CNE), Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), Conselho das Cidades (CC), Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável (CONDRAF), Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Conselho Deliberativo do

Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT), e Conselho Curador do FGTS. O estudo traça ainda o perfil desses colegiados sintetizados nos Quadros 1 e 2 abaixo.

O Quadro 1 destaca as características dos Conselhos quanto a: composição, representação, natureza e articulação com um sistema nacional de conselhos. Qualifica a natureza desses colegiados e destaca o seu papel no processo decisório das políticas sociais, conforme abaixo:

Quadro 1 – Principais características dos conselhos

Conselho	Composição	Representação dos atores não governamentais	Natureza dos conselhos
CNF	Não paritário	Não vinculada	Consultivo
CNAS	Paritário bipartite	Vinculada com eleições	Deliberativo
CNS	Paritário tripartite	Vinculada com indicação das entidades	
CNPS	Não paritário quadripartite	Vinculada com indicação das entidades	Deliberativo
CC	Não paritário	Vinculada com indicação das entidades	Deliberativo
CONDRAF	Não paritário	Vinculada com indicação das entidades	Deliberativo
CONSEA	Não paritário	Vinculada com indicação das entidades	Deliberativo
CODEFAT	Paritário tripartite	Vinculada com indicação das entidades	Deliberativo
Conselho Curador do FGTS	Paritário tripartite		

Fonte: Silva, Jaccoud e Beghin (2005).

Os Conselhos Deliberativos, nos quais estão inseridos os Conselhos de Saúde, permitem a participação da sociedade na formulação das políticas pública em igualdade de condições com o ente público até o alcance de um consenso na tomada de decisão. Dessa forma, Kleba e colaboradores (2010) apontam que o papel deliberativo dos conselhos deve ocorrer por meio de argumentos postos por participantes comprometidos com os valores da racionalidade e da imparcialidade. Para eles, a democracia deliberativa possui um grande potencial para promoção de mudanças sociais, tendo em vista que os participantes deliberam sobre as normas que regem a dinâmica decisória, não se submetendo às normas previamente aceitas. Entretanto, para viabilizar o debate democrático, é necessário que os Conselhos Gestores, constituídos por atores com interesses diversos, dialoguem e ponderem em torno de interesses coletivos.

Os Conselhos com funções consultivas trabalham com recomendações que podem ser consideradas tanto por órgãos vinculados diretamente a eles como por outros órgãos, que podem acatar ou não as recomendações, ou seja, o papel dos conselhos consultivos é de estudar e apontar as possibilidades de atender às suas demandas por meio de políticas, isto é, não tem poder de decisão; diferentemente dos Conselhos Deliberativos, que participam do processo de gestão de política pública (LIMA *et al.*, 2014).

O Quadro 2 sintetiza as competências e os diferentes tipos de recursos de poder que os conselhos detêm para exercê-las.

Quadro 2 – Atribuições dos conselhos

Conselho	Aprovar o Plano nacional e a proposta orçamentária anual	Deliberar sobre outras matérias	Exercer controle da política, programas e projetos	Gerenciar fundos fiscais patrimoniais	Articular consensos políticos	Propor estratégias diretrizes e normas
CNAS	X	X	X		X	X
CNS	X	X	X		X	X
CNPS	X	X	X		X	X
CNE		X			X	X
CC					X	X
CONDRAF					X	X
CONSEA					X	X
CODEFAT		X	X	X	X	X
Conselho Curador do FGTS		X	x	x	x	x

Fonte: Silva, Jaccoud e Beghin (2005).

Com base nos quadros acima, os Conselhos são classificados em três grandes categorias. A primeira reúne o conjunto de conselhos que detêm o maior leque de competências, denominado Conselhos Gestores amplos. No segundo grupo, estão inseridos os conselhos com funções propositivas e de assessoramento. No terceiro grupo, denominado Conselhos Gestores tripartite, estão os conselhos que respondem a um programa ou a um fundo público específico.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), objeto do estudo aqui apresentado, inclui-se na categoria de Conselhos Gestores amplos. Esses colegiados têm entre suas atribuições a formulação de normas de estruturação da política social à qual estão vinculados, bem como de seus programas e ações; influenciam na normatividade do Executivo; e exercem competências que versam diretamente sobre o padrão de financiamento das respectivas políticas, debatendo e deliberando tanto sobre os recursos públicos como sobre os critérios de repasses, os dispêndios feitos com serviços e as transferências intergovernamental (SILVA; JACCOUD; BENHIN, 2005).

2.2. CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Como visto anteriormente, a mobilização popular realizada na década de 1980, em prol de um Estado democrático e garantidor de direitos, a exemplo do acesso universal à saúde, aponta para a inversão do Controle Social ao acenar para a possibilidades de controle da sociedade civil sobre o Estado. Tal controle efetivou-se com a CF/1988, juntamente com a criação do SUS. A ênfase dada ao Controle Social na nova Carta Magna se expressa em novas diretrizes, consolidada por meio de instrumentos normativos, e da criação de espaços institucionais de participação social (Conferências e Conselhos de Saúde) nas três esferas de governo (BRASIL, 1988).

Estudo realizado por Stotz (2006) aponta como limitação do Controle Social o fato de as Conferências de Saúde não terem se tornado instâncias populares, tal como proposto na Lei Federal nº 8.142/1990, no que se refere a “avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (BRASIL, 1990b). Para o autor, tal limitação ocorre, sobretudo, em razão do processo de avaliação e proposições, encaminhados para debate no Fórum, serem elaborados por grupos técnicos do MS e instituições a exemplo do CONASS, em detrimento de serem elaboradas por representantes dos segmentos sociais.

Quanto aos Conselhos de Saúde, considera que a maioria desses colegiados não atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Essa função, comumente, vem sendo realizada pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Estudo de Oliveira, Ianni e Dallari (2013) traz uma análise da percepção dos Conselheiros sobre o significado do Controle Social. As ideias podem ser sintetizadas em quatro posicionamentos distintos: participação da sociedade na formulação, fiscalização, controle, implementação e verificação da política pública; inexistência de cogestão; solidariedade ao próximo; e saúde como direito de todos e dever do Estado.

A primeira percepção trata da articulação entre a sociedade civil e os representantes do poder público por meio da participação da sociedade na fiscalização do gasto público, a exemplo do encaminhamento do Relatório de Gestão e do resultado da execução orçamentária para análise e aprovação do colegiado, dando maior transparência à execução das políticas de saúde e ao emprego do dinheiro público. Para as autoras, essa articulação possibilita às secretarias de saúde perceber as reais necessidades da população. A segunda percepção limita o Controle Social ao planejamento e direcionamento das ações de saúde contribuindo para a construção de uma política pública que atenda aos anseios da população. Entretanto, esse posicionamento não deve ser confundido com cogestão. A terceira percepção entende o Controle Social como ação de solidariedade realizada em favor do próximo. Por fim, a quarta percepção compreende o Controle Social como direito de todos e dever do Estado, conforme reza a Carta Magna, ou seja, o Controle Social como exercício da cidadania em defesa dos direitos de todos.

De acordo com Rolim, Cruz e Sampaio (2013), Controle Social na Saúde deve ser proposto, estimulado e garantido pelos gestores da saúde, considerando que se trata de um direito de cidadania, previsto no art. 196 da CF/1988 que reza: “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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Para os autores, o Controle Social na Saúde, além de implantar mecanismos que reduzem, eliminam ou previnem desperdícios, desvios e malversações dos recursos públicos. Busca, entre outros, assegurar que os gestores públicos se comprometam com a criação e a implementação de programas, projetos, ações e serviços de saúde, o alcance da efetividade, o compromisso com a coisa pública, o atendimento dos interesses dos cidadãos e o fortalecimento da democracia.

2.2.1 Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde estão inseridos no contexto dos Conselhos Gestores de políticas públicas, de caráter obrigatório, definidos pela CF/1988, em atendimento às reivindicações dos movimentos sociais (BRASIL, 1988). Atuam no controle da execução da política de saúde da instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Foram institucionalizados em 1990, por intermédio da Lei Orgânica de Saúde nº 8.142, que institui a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas e deliberativas das Políticas Públicas de Saúde (BRASIL, 1990b).

A definição das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde foi aprovada por meio da Resolução Federal nº 33/1992, posteriormente substituída pelas Resoluções nº 333/2003 e nº 453/2012.

Os Conselhos são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, de composição paritária, formados por 50% de usuários e 50% partilhado entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço. Entre os conselheiros usuários, incluem-se as representações de diversos setores da sociedade civil, a exemplo de igrejas, moradores, centrais sindicais, movimento de mulheres, de indígenas, de negros, estudantil, de portadores de patologias especiais e de pessoas com deficiência (BRASIL, 2012b).

Tatagiba (2005), ao avaliar a atuação dos Conselhos Gestores de políticas públicas em que se insere o Conselho de Saúde, afirma que, de forma geral, as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os Conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa. Os motivos são diversos, porém, a maioria dos estudos analisados pela autora aponta para a baixa capacidade de inovação das políticas públicas dos representantes da sociedade civil, o que sugere que a participação assume contornos mais reativos que propositivos. Os motivos apontados, no geral, estão relacionados com a dinâmica de funcionamento dos conselhos: centralidade do Estado na elaboração da pauta, falta de capacitação dos conselheiros, problemas com a representatividade, dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, recusa do Estado em partilhar o poder e fragilidade deliberativa dos conselhos.

Para Van Stralen e colaboradores (2006), os Conselhos de Saúde, em razão da política de indução do MS, estabelecida pelo legislador por meio da Lei Federal nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), que condicionou os repasses dos recursos federais à criação de conselhos, resultaram na criação de colegiados bastante diversos, que vão desde conselhos meramente cartoriais até conselhos efetivos que atuam na formulação de estratégias e no controle das Políticas de Saúde. Correia (2006), em artigo publicado no periódico Serviço Social e Saúde, afirma que a exigência legal de criação dos Conselhos para recebimentos dos recursos federal aponta para a possibilidade de que muitos deles tenham sido criados apenas para cumprir a legislação. Tal situação pode contribuir para que os Conselhos se tornem objeto de manipulação por parte da gestão, desde o momento de sua composição até a sua atuação.

Segundo Rolin, Cruz e Sampaio (2013), os Conselhos de Saúde podem ser considerados como um importante avanço da democracia brasileira, considerando que as decisões sobre as ações da saúde passam a ser negociadas com os representantes da sociedade, que é, de fato, quem conhece a realidade da saúde da população. Contraopondo-se a essa afirmação, estudo realizado por Silva e colaboradores (2015) no município de São Mateus (ES) aponta que, não obstante os conselhos se apresentem como norteadores e reguladores do sistema de saúde, na visão do Gestor municipal, essa participação é pontual e restrita a momentos específicos. Os pesquisadores atribuem esse comportamento à falta de interesse da população e ao baixo conhecimento dos conselheiros, o que faz com que o Conselho não tenha condições de contribuir para o planejamento das ações. Ressaltam que a participação social está longe da proposta de uma gestão compartilhada e democrática na forma como foi concebida pela legislação. Afirmam ainda que o Conselho só existe formalmente, porém, não funciona. Observam, entretanto, que os Conselhos estaduais e federal têm maior representatividade. Por fim, o estudo relata que, embora o gestor reconheça a importância do Conselho de Saúde, o discurso apresenta dois enfoques distintos: a intenção do gestor de fortalecer esse espaço e fomentar a participação social; e a descrença em relação ao papel do Conselho.

Ainda segundo Van Stralen e colaboradores (2006), entre os obstáculos enfrentados pelos Conselhos no desempenho de suas funções, interpostos, sobretudo, pelos próprios gestores, estão: a ausência de transparência na

apresentação de relatórios; o uso de linguagem demasiadamente técnica; a falta de infraestrutura para o funcionamento dos conselhos são situações a que eles atribuem a política de indução imposta pela Lei nº 8.142/1990.

Tal sentimento é compartilhado por Bispo Júnior e Gerschman (2015) ao argumentarem que a legislação, voluntariamente, não é suficiente para garantir a participação e a representatividade no âmbito dos conselhos. Os diversos obstáculos existentes no interior desses fóruns, tais como fragilidade entre representantes e representados, assimetria nas relações de poder, relação conflituosa entre gestores, trabalhadores e usuários, são fatores que tendem a contribuir para que os conselheiros adotem uma postura reativa em relação às propostas de iniciativas do gestor de saúde. Nesse sentido, Correia (2006) afirma que a efetivação do Controle Social padece de limitações tanto por parte dos gestores quanto por parte dos usuários. Aponta como limitação dos gestores, entre outras coisas: a ausência de transparência das informações e da própria gestão; a ingerência política na escolha dos conselheiros; e a manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas. E como limitação dos usuários: a fragilidade política das entidades representadas; a ausência de articulação na defesa de propostas; o corporativismo dos conselheiros na defesa dos interesses da entidade que representa; a ausência de acesso às informações; e o desconhecimento do seu papel no contexto no qual está inserido.

Para Bravo e Correia (2012), em virtude da heterogeneidade da sua composição, os Conselhos são espaços nos quais coexistem interesses antagônicos, o que, de certa forma, dificulta o atingimento dos objetivos definidos na legislação que o fundamentou. Um dos obstáculos enfrentados pelos Conselhos e Conferências é a correlação de forças existente no interior desses fóruns. Embora esses colegiados não estejam acima da sociedade nem imunes aos conflitos de interesses, cooptação e de disputas políticas, podem se tornar mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Observam que os Conselhos, em alguns momentos, são pressionados a aprovar as prestações de contas sem a devida análise por receio de que a não aprovação venha a causar prejuízos ao ente público – perspectiva na qual os Conselhos deixam de desempenhar o papel que lhe foi originalmente atribuído pelo legislador de controlar a execução das políticas de saúde e passa para a categoria de controlado, atendendo, assim, aos interesses dos segmentos dominantes, porém em virtude de o Controle Social (Conselhos de Saúde)

estar localizado no Poder Executivo, não existe pretensão de controle do capital; entretanto, os conselhos podem interferir na elaboração da política de saúde, exigir maior transparência no uso de recursos públicos e a efetivação dos direitos sociais.

A afirmação de Gurgel e Justen (2013) corrobora esse entendimento ao apontar que a diversidade de interesses existentes no interior dos Conselhos de Saúde dificulta, sobremaneira, o alcance dos objetivos impostos pela legislação que os fundamentou. Ainda que a institucionalização do colegiado represente um grande avanço na construção de uma sociedade democrática, existe ainda uma considerável distância entre o que dispõe a normativa e o que, de fato, ocorre no cotidiano do conselho. Afirmam ainda que: “o passado mais recente e o presente do Brasil expõem uma sociedade desmobilizada, pouco disposta à atuação coletiva, inclinada a resolver seus problemas e alcançar seus objetivos no âmbito privado e, por isso, despolitizada ou despolitizando-se” (GURGEL; JUSTEN, 2013, p. 373).

Embora o papel principal dos Conselhos de Saúde seja o de atuar na formulação e no controle da execução das políticas de saúde, na prática, ocorre uma migração para a função fiscalizadora, que, aliada à incipiente transparência e ao despreparo dos conselheiros, para o desempenho dessa tarefa, contribui para a baixa efetividade dos Conselhos e Conferências e tende a favorecer a manipulação por parte dos governantes. Convém ressaltar que a função de fiscalização na gestão da coisa pública pode ser vista como uma tendência vocacional dos Conselhos, o que não significa que essa atribuição seja desempenhada de forma eficiente. Observa-se que, apesar de os Conselhos serem um espaço de negociação, alguns colegiados têm se transformado em arena de disputa entre os diversos segmentos, seja por recursos, seja em razão de interesses particulares, em detrimento do interesse público. Percebe-se ainda que a relação conflituosa entre gestores, trabalhadores e usuários contribui para que se mantenha e se fortaleça no interior dos colegiados uma política de veto às propostas de iniciativa dos gestores no processo participativo, o que tende a instalar um clima negativo ao invés de união e negociações em torno dos interesses dos segmentos. É importante ressaltar que a melhoria dos serviços de saúde só se concretiza mediante comprometimento e vontade política dos dirigentes e gestores. Para tanto, faz-se necessário que a sociedade civil exerça de forma ativa e propositiva, na devida proporção, seu papel coercitivo sobre a relação sociedade e governo (COSTA; VIEIRA, 2013).

Nessa direção, Souza e Cardoso (2018) afirmam que os Conselhos Gestores são importante forma de participação popular que possibilitam a consolidação da cidadania na sociedade, não como mero direito, mas como realidade; cuja relevância permite o fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas.

2.2.2 Situação atual dos Conselhos no Brasil

No ano de 2019, os Conselhos Gestores de políticas públicas ganharam espaço no debate político brasileiro, em razão do Decreto Federal nº 9.759 (BRASIL, 2019) que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para os colegiados da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.

O Decreto nº 9.759/2019 (BRASIL, 2019), expedido pelo atual Presidente da República Jair Bolsonaro, além de extinguir grande parte dos Conselhos Nacionais, reformulou e previu condições para a criação de novos colegiados. Entre as condições impostas aos novos colegiados, merece destaque a priorização de reuniões por videoconferência, quando os membros estiverem em entes federativos diversos, e a necessidade de justificativa caso a composição do colegiado necessite ser superior a sete membros. Observa-se que a modalidade de reunião não presencial impacta negativamente na comunicação entre os membros dos colegiados na medida que dificulta a interação entre os seus membros (OLIVEIRA, 2020; ALMEIDA; ROSA, 2020).

A exposição de motivos do decreto traz, entre outras, as seguintes justificativas: i) contenção de gastos e despesas; ii) grande emissão de normas, produzidas pelos colegiados sem habilidade técnica; e iii) sobreposição de competência e grupos de pressão, internos e externos à administração, que se utilizam de colegiados, como forma de conquistar pleitos que não coadunam com as pretensões das autoridades eleitas democraticamente (BRASIL, 2019). Nesse sentido, Oliveira (2020) chama a atenção para o olhar equivocado do governo federal sobre a última motivação, haja vista que as instituições participativas, em nenhum momento da redemocratização do Estado brasileiro, pretenderam contrapor ou substituir a representação política pela participação popular na gestão pública ou mesmo pelo Controle Social.

Essa visão, também é compartilhada por Almeida e Rosa (2020) ao afirmarem que, ao imputar aos colegiados a culpa por adotarem posições divergentes das autoridades eleitas, os membros passam a ser estigmatizados como adversários, estabelecendo um antagonismo entre as instituições participantes e os representantes eleitos; o que representa um contraponto com a diversidade tão essencial as práticas democráticas. Nesse entendimento, Oliveira (2020) destaca a necessidade de defender o lugar e o espaço da participação popular tanto na Administração Pública quanto na sociedade brasileira na defesa da continuidade da democracia, evitando-se que essa importante instância participativa, legitimada pela CF/1988, seja enfraquecida por políticos que não conseguem perceber a importância histórica da atuação da vontade soberana do povo em detrimento da representatividade política.

A edição desse decreto provocou reações adversas por parte do Legislativo, do Judiciário, do Ministério Público Federal, da Academia e da sociedade civil no que concerne às políticas, sociais e judiciais, o que culminou com diversas alterações no texto original (OLIVEIRA, 2020). Tais alterações buscaram amenizar o conteúdo do decreto, bem como reparar inconsistências de técnica normativa de ordem formal e/ou material e eventuais ilegalidade e inconstitucionalidades.

Dentre as diversas manifestações contrárias à edição do Decreto nº 9.759/2019, destaca-se a propositura da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.121-DF no Supremo Tribunal Federal (STF), pelo Partido dos Trabalhadores, solicitando a declaração de inconstitucionalidade do decreto, que, dentre outras alegações, destaca “a violação ao princípio da participação popular, uma vez que extingue instituições que garantem a efetividade da democracia participativa”. O pedido de implemento de liminar foi submetido a julgamento no Pleno do STF, tendo prevalecido na decisão liminar o entendimento da impossibilidade de extinguir por Decreto colegiados que foram criados por lei (OLIVEIRA, 2020).

As novas configurações impostas pelo Decreto nº 9.759/2019 aos novos colegiados, ao delimitar o número máximo de membros e dificultar o contato direto entre eles, por ocasião das reuniões, tendem a reduzir o diálogo e o entrosamento entre seus membros. Entretanto, as limitações impostas pelo decreto à participação institucional não implicam o desaparecimento de interesses divergentes e de conflitos inerentes aos colegiados, pois a força para enfrentar os problemas estruturais da

sociedade coaduna-se justamente com uma maior participação da sociedade (ALMEIDA; ROSA, 2020).

Observa-se que a intenção do governo de reduzir os modelos participativo e deliberativo dos colegiados, conforme aponta o Decreto nº 9.759/2019 ao revogar o Decreto Federal nº 8.243/2014, que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), fragiliza o fortalecimento das instâncias democráticas de atuação e de diálogo entre a Administração Pública federal e a sociedade civil. Ademais, tem em consideração que as diretrizes gerais estabelecidas pelo legislador no art. 3º da Lei nº 8.243/2014 deixam de existir, a exemplo das diretrizes abaixo destacadas:

- reconhecimento da participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia;
- complementaridade, transversalidade e integração entre mecanismos e instâncias da democracia representativa, participativa e direta;
- direito à informação, à transparência e ao controle nas ações públicas, com uso de linguagem simples e objetiva, considerando as características e o idioma da população a que se dirige;
- ampliação dos mecanismos de Controle Social.

Observa-se que o retrocesso imputado pelo atual governo aos modelos participativo e deliberativo de colegiados aponta para uma ruptura com o ideário participativo conquistado, por esses colegiados, ao longo das décadas a partir da sua legitimação pela CF/1988 (ALMEIDA; ROSA, 2020). Nesse contexto, Oliveira (2020) destaca que o Decreto Federal nº 9.759/2019, ao extinguir diversos Conselhos participativos, pode ser um prenúncio de um processo maior de desdemocratização do Estado brasileiro. O autor justifica tal preocupação apoiando-se na afirmação de Tilly (2013, p. 13 *apud* OLIVEIRA, 2020, p. 63): “a democratização é um processo dinâmico que sempre permanece incompleto e que sempre corre o risco de ser revertido – de ser convertido em desdemocratização”. Nesse sentido, Oliveira (2020) traça um paralelo com o citado decreto, afirmando que, ao extinguir os diversos conselhos participativos, o Estado brasileiro tende a entrar em um processo de desdemocratização, uma vez que restringe e reduz a participação da sociedade na formulação das políticas sociais.

2.3 PLANEJAMENTO NA SAÚDE ENQUANTO OBJETO DE CONTROLE SOCIAL

O planejamento define onde se pretende chegar, o que deve ser feito, como, e em que sequência as ações são geradas. Para que isso ocorra, o responsável pelo planejamento deve liderar, acompanhar, questionar e estabelecer o ritmo. O planejamento, assim como as funções administrativas, é parte integrante e interdependente de um processo que deve ser entendido como um conjunto de procedimentos combinados e executado em sequência, visando produzir o resultado que se espera. O resultado do planejamento são os planos, e estes deverão consolidar o produto do planejamento, orientar a utilização dos recursos e formar a base para o controle e a direção da organização (GIACOBO, 1997).

Para Teixeira (2010), o planejamento é um processo de racionalização das ações humana que consiste em definir proposições e construir viabilidade, com vistas à solução de problemas e ao atendimento de necessidades individuais e coletivas. Entendimento compartilhado por Chagas e colaboradores (2016) ao afirmarem que o planejamento é uma aposta traçada no presente que visa atingir objetivos no futuro. Desse modo, faz-se premente admitir que o futuro seja incerto, indeterminado e mutável. Outrossim, é importante entender a realidade problemática que se pretende modificar. A partir daí, formular estratégias com potencial de incidir sobre essa realidade, com o poder de alterá-la de fato. Tal situação faz com que plano não seja apenas uma idealização, ao contrário, precisa-se avaliar e analisar a problemática concreta com vista a sua viabilização.

Ainda de acordo com Teixeira (2010), o planejamento das ações de saúde surgiu em virtude da crescente complexidade dos processos de trabalhos na área, em decorrência de mudanças ocorridas nas condições de saúde da população. Nesse sentido, as campanhas sanitárias e os programas de controle de doenças podem ser considerados como atividades práticas do planejamento. Entretanto, somente a partir do desenvolvido científico e tecnológico, e com as transformações ocorridas na prestação de serviços – organização de redes e sistemas de serviços de saúde –, é que o planejamento se tornou amplamente reconhecido, despertando o interesse de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), no que concerne ao desenvolvimento de propostas metodológicas que subsidiarão a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

O planejamento no SUS se fundamenta em uma dinâmica federativa, em que cada uma das esferas de governo possui atribuições específicas, que, articulados, produzem um planejamento orientado para impulsionar estratégias, com propósito de atingir a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações definidas para as políticas de saúde (BRASIL, 2016). Nesse sentido, Vieira (2009) afirma que a Lei nº 8.080/1990 deixa clara a necessidade dos entes federados de elaborar o planejamento de forma articulada e ascendente, ou seja, do nível local ao federal; em que decisões e escolhas das esferas subnacionais do SUS são consideradas quando da formulação das estratégias em âmbito nacional.

Nesse contexto, os Conselhos de Saúde, como órgãos de Controle Social do SUS, atuam na formulação e no controle da execução dessas políticas, inclusive no que tange aos aspectos econômicos e financeiros, além de definir as diretrizes, fiscalizar, avaliar e emitir parecer conclusivo sobre todos os Instrumentos de Planejamento em saúde (PS, PAS, RAG). Porém, para que as ações de planejamento, de fato, materializem-se, é necessário um esforço conjunto dos entes federados quanto a transparência e visibilidade das ações definidas nesses instrumentos (BRASIL, 2016).

Na perspectiva de Chagas e colaboradores (2016), a efetividade do planejamento depende da pactuação com os demais entes federados de cada região de saúde, após articulação, das suas prioridades, com o respectivo Conselho de Saúde. A saúde, devido a sua natureza multiprofissional e interdisciplinar, é um objeto complexo e não linear, o que corrobora o entendimento de um campo de conhecimento amplo para sua compreensão e abordagem. Por causa disso, faz-se necessária uma definição clara dos princípios e diretrizes que irão orientar a formulação de políticas, assim como as práticas institucionais que servirão de base para sua construção.

De acordo com esses autores, até meados da década de 1970, o planejamento em saúde caracterizava-se fortemente pelo enfoque normativo; partindo do pressuposto de que quem planeja possui o controle sob todas as variáveis. O planejamento normativo deixa o conflito entre diferentes perspectivas de lado, promovendo o conhecimento da realidade por meio de um enfoque objetivo, com comportamentos estáveis, em que a população é tratada como objeto, e não como sujeito ativo do processo. Ainda segundo os autores, na década de 1970, os teóricos

Carlos Matus e Mário Testa, contrapondo-se ao modelo normativo, propuseram um novo processo de planejamento contextualizando o campo da política e levando em consideração, também, as características de incerteza e falta de precisão do sistema social, atribuindo-o características mutáveis. Diversos atores ligados à saúde planejam e trazem consigo diferentes posicionamentos e realidades econômicas, sociais, culturais e de interesses, fato que deve ser levado em conta durante a elaboração do planejamento. Tendo isso em consideração, esses autores trouxeram uma nova abordagem no processo de planejamento em saúde denominada Planejamento Estratégico Situacional, em que a realidade histórica e dinâmica é posta por diferentes sujeitos sociais portadores de interesses distintos que controlam os recursos e disputam a hegemonia de seus projetos.

O Planejamento Estratégico Situacional está ancorado na abordagem comunicativa pautada no reconhecimento da liderança e cultura institucional como parte do processo de gestão. É um recorte explicativo da realidade definido a partir dos obstáculos à ação humana, ou seja, explica a realidade problemática surgida a partir dos interesses dos atores. Reconhece a superioridade do político sobre o econômico e das diversidades de atores no ato de planejar, partindo do entendimento de que uma dinâmica que potencialize o diálogo gerador de compromisso resulta em um planejamento indissociável da gestão (RIVERA, 1995).

Para Rivera (1995), o grande mérito do planejamento estratégico foi reconhecer a importância do diálogo – o reconhecimento do planejar de forma interativa, negociação cooperativa, valorização da explicação do outro. O autor ressalta a tese sustentada por Matus de que a baixa responsabilidade tende à centralização e à ingovernabilidade, à construção de uma organização na qual a prestação de contas por resultado seja interiorizada pelos indivíduos, com desconcentração do poder e permanente delegação, em que predomine uma gestão criativa por operações e objetivos. Destaca, ainda, que Matus acredita que a introdução de novas práticas gerenciais, possibilita viabilizar uma alta qualidade da gestão. Desse modo, Rivera defende que, nas organizações sociais do tipo profissional justifica-se a introdução de um conjunto de práticas que partilhem, informalmente, o espírito da gestão de compromisso.

Nesse contexto, Jesus e Teixeira (2010) salientam que, no Planejamento Estratégico Situacional, diferentes atores sociais são valorizados, tendo em vista que,

para a construção de projetos coletivos, é necessária a construção de uma visão compartilhada, por meio do diálogo com todos os indivíduos envolvidos no ambiente institucional.

No estado da Bahia, o planejamento foi adotado pela SESAB na década de 1970, e intensificado a partir do ano de 1987, quando foi elaborado o primeiro PES. O planejamento passa a ser visto como um espaço de inovação metodológica e organizacional, aproximando teoria e prática, contando, inclusive, com representantes da sociedade civil. Ainda segundo esses autores, na década de 1990 e na primeira metade do ano 2000, os processos de planejamento no estado possibilitaram a elaboração e a implementação de quatro planos de saúde, além de outros instrumentos de planejamento, o que viabilizou, em 2004, o avanço para a Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

A partir de janeiro de 2007, a SESAB, buscando fortalecer a gestão das políticas de saúde no âmbito estadual, iniciou uma nova etapa no processo de construção do SUS, adotando, como ferramenta de gestão, o Planejamento Estratégico Situacional. Este teve como marco inicial o PES 2008-2011, baseado no Sistema de Planejamento conduzido pelo MS, denominado PlanejaSUS, o qual utiliza como ferramenta de gestão o PS, a PAS e o RAG, instrumentos que, em conjunto, compõem o Planejamento de Saúde. O processo de elaboração do planejamento da SESAB baseado no PES, segundo os autores, permitiu a construção de um plano sistêmico e articulado com o Plano Plurianual (PPA); e acreditam que, não obstante a pluralidade e a multiplicidade de abordagens existentes na área da saúde, a construção de um plano coeso e com visão do futuro é possível (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

2.3.1 Planejamento Participativo

Conforme Parente (2017), planejamento tem tripla missão: a primeira reflete as práticas de trabalho; a segunda, a construção de possíveis cenários, que podem ser de curto, médio ou de longo prazo; e a terceira, a organização das práticas de trabalho tendo em vista viabilizar e transformar a realidade que se pretende alcançar. Para se conseguir resultados significativos, na saúde pública, é necessário que todos os atores sociais envolvidos no processo de promoção da saúde participem da

construção da agenda (gestores, usuários, trabalhadores, controle social e integrantes dos movimentos sócias), tendo em vista que o trabalho coletivo multiplica as forças e as possibilidades de se alcançar melhores resultados, ou seja, não existe planejamento participativo sem a inclusão do coletivo. No entanto, para que haja planejamento participativo, faz-se necessário que o coletivo esteja minimamente organizado.

Para o autor, o planejar passa a ser uma ação político-pedagógica que, entre outras coisas, tem como propósito, resgatar e promover a qualidade de vida a partir do fortalecimento da condição dos sujeitos, ou seja, indivíduos solidários consigo mesmos e com aqueles que direta ou indiretamente participam do processo de promoção da saúde. Além disso, observa que o ato de planejar implica a necessidade de estabelecer o diálogo entre os diversos atores (usuários, trabalhadores, controle social, movimentos sociais e gestores), ampliado a comunicação entre os membros do próprio grupo, e entre grupos distintos, a exemplo dos agentes administrativos e os membros do CMS, bem como a necessidade de estreitar o contato institucional com outras organizações que trabalham em conjunto, tal como outras secretarias e outras organizações presentes no território.

Entendimento compartilhado por Teles e colaboradores (2020), ao afirmar que, todos os atores devem ser ouvidos e participar coletivamente do planejamento e da programação das ações e serviços de saúde, pois, por meio do coletivo, é possível mudar uma realidade deficitária e criar modelos que favorecerão a saúde da população associada. Para os autores, o trabalho em saúde se realiza com a participação de trabalhadores e usuários, que, em conjunto, materializam as novas práticas.

Ainda segundo Parente (2011), o ato de planejar é, sobretudo, uma decisão política por parte dos gestores e dos técnicos, que o fazem não de forma espontânea ou isoladamente, mas porque compartilham a mesma ideologia, porque sofrem influências de forças políticas ou porque enxergam o planejamento como uma importante ferramenta de gestão que lhes permite atingir, rapidamente, certos objetivos organizacionais/pessoais, ou seja, o planejamento como um meio para legitimar demandas advindas de determinados coletivos ou para atender pressões provenientes de grupos corporativos.

Nesse contexto, Teles e colaboradores (2020) entendem que o planejamento é uma ferramenta que permite o acompanhamento e o desenvolvimento das ações diárias da saúde, bem como o cumprimento dos compromissos estabelecidos; o que impede que as exigências impostas pela sociedade se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente. Afirmam ainda que não basta deliberar moralmente, é necessário planejar estrategicamente tendo em conta que, na saúde, não há lugar para improvisos. O planejamento é, pois, uma importante ferramenta para condução das ações de saúde e, conseqüentemente da melhoria do sistema público de saúde. Sem o planejamento, os serviços de saúde funcionaram de forma desarticulada, orientados pela visão de cada dirigente e colaborador ou pela forma como estes interpretam as diretrizes estabelecidas na política de saúde do estado. Entretanto, para que as ações de planejamento contribuam para o aperfeiçoamento da gestão, é premente que os entes federados de cada esfera de gestão realizem periodicamente o monitoramento e a avaliação como base nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos no planejamento.

De acordo com Parente (2011):

Se consideramos que nos encontramos numa sociedade onde o estado democrático é uma realidade consolidada e, não apenas uma peça de ficção, muito provavelmente a forma de construção do planejamento irá refletir essa realidade assim como o contrário também se aplicará (PARENTE, 2011, p. 60).

No seu entendimento, a adesão ao planejamento ocorre sempre dentro de determinado contexto, porém, a forma como os atores sociais elaboram um plano e suas análises reproduzirão a visão de mundo e o modo de vida da sociedade.

3 PROCESSO METODOLÓGICO

Este capítulo explicita as peculiaridades desta dissertação e apresenta a metodologia empregada na análise do trabalho. O estudo adotou uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, elaborada em base documental e de entrevistas; e como técnica, a análise de conteúdo de categoria temática.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão de esta permitir ao pesquisados compreender o processo social da problemática que se deseja estudar. De acordo com Minayo (1993), a pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Ajusta-se à complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados e capazes de ser abrangidos intensamente.

Segundo Flick (2009), a relevância da pesquisa qualitativa no estudo das relações sociais ocorre devido à pluralização das esferas de vida. Para ele, a pesquisa qualitativa não está ancorada em nenhum método específico, tampouco há qualquer tipo de comprometimento que se adéque especificamente a esse tipo pesquisa, existindo diversas formas de comprometimento. Chama a atenção para o fato de os objetivos da pesquisa qualitativa contemplar a totalidade dentro de seus contextos cotidianos, ou seja, o campo do estudo são situações de práticas e interações dos sujeitos na vida habitual. O objetivo está em descobrir o novo e desenvolver teorias empiricamente fundamentadas.

Considerando esse contexto e tendo em vista que esta dissertação está ancorada na perspectiva do estudo empírico das práticas cotidianas da instituição do CES/BA, entendemos adequado adotar essa abordagem.

Quanto à opção pela pesquisa descritiva, justifica-se em virtude de a pesquisa estudar as características de um grupo a partir da descrição de uma realidade. De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como objetivo básico descrever as características de populações e de fenômenos. Para ele, muitos dos estudos de campo, bem como de levantamentos, podem ser classificados nessa categoria. Dessa forma, esta dissertação pode ser considerada como uma pesquisa descritiva, pois visou descrever uma realidade na busca por respostas para possíveis mudanças ocorridas no comportamento dos membros do CES/BA no que se refere ao

monitoramento e à fiscalização dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, após o advento da Portaria Federal nº 3.992/2017.

3.1 LÓCUS DA PESQUISA: CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

O CES/BA é uma instância colegiada, autônoma, deliberativa e permanente do SUS, integrante da estrutura básica da SESAB, com composição, organização e competência em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei Estadual nº 6.074, de 22 de maio de 1991 (BAHIA, 1991); pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b); e pela Resolução Federal nº 333, de 4 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Em 11 de dezembro de 2008, na 11ª Reunião Extraordinária, o Plenário do Conselho aprovou as alterações no Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde no que se refere à sua reformulação, estruturação e funcionamento (BAHIA, 2011).

O Conselho atua na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução da política estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Possui composição paritária, formada por 50% de usuários, 25% de trabalhadores na saúde e 25% de representação do governo (federal, estadual e municipal) e prestadores de serviços públicos e/ou privados, conveniados ou sem fins lucrativos (BAHIA, 2011).

De acordo com regimento próprio, o CES/BA é composto por 32 representantes conforme abaixo:

- Entre os representantes dos usuários, há quatro representantes do Fórum de Entidades de Patologias; três de entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde; dois do Fórum de Pessoas com Deficiências; uma entidade congregada em Federações e Associações patronais urbanas e/ou rurais, exceto entidades patronais da área da saúde; um representante do Fórum de entidades religiosas; um representante do Fórum de mulheres organizadas em saúde; um do Fórum de entidades de aposentados e/ou pensionistas; um do Fórum de combate à violência; um do Fórum de entidades do movimento antirracista; e um representante de populações indígenas ou quilombolas (BAHIA, 2011).

- Entre os trabalhadores em saúde, estão quatro representantes de entidades congregadas em Sindicatos e Federações e quatro de Conselhos de Classe e demais Associações de Profissionais.
- Entre os representantes do governo, encontram-se: o Secretário de Saúde do estado da Bahia; um representante da Secretaria de Saneamento e Recursos Hídricos do estado da Bahia; um representante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); e um representante do MS.
- A mesma norma informa que, entre os representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde, há: dois representantes dos Prestadores de Serviço em Saúde; um da Comunidade Científica; e um da BAHIAFARMA (BAHIA, 2011).

Os representantes das entidades e respectivo suplente são escolhidos em assembleia, convocada especificamente para este fim, e regulamentada pelo CES/BA, por meio de edital, devidamente publicado, no qual são estabelecidos os critérios de elegibilidade das entidades participantes do processo eleitoral.

Os nomes dos representantes eleitos e dos respectivos suplentes deverão constar em Ata e, posteriormente, serem encaminhados, juntamente com a Ata, ao Secretário Estadual Saúde, que os submeterá ao Governador para fins de nomeação. O mandato dos representantes eleitos e dos respectivos suplentes é de dois anos, podendo ser reconduzidos por igual período, independentemente do mandato do Chefe do Poder Executivo.

Em razão da amplitude do papel dos Conselhos, para a situação empírica objeto do presente trabalho, destacam-se abaixo as atribuições que foram consideradas mais relevantes para responder às perguntas propostas na pesquisa (BAHIA, 2011).

1. Discutir, elaborar e aprovar proposta de implementação das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
2. Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do CES-BA, explicitando

- deveres e papéis dos conselheiros nas Pré-Conferências e Conferências de Saúde;
3. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde;
 4. Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Estadual de Saúde – FES/BA e acompanhar a movimentação e a destinação dos recursos;
 5. Formular e/ou apoiar e promover a educação permanente para o Controle Social;
 6. Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo todos os seus aspectos;
 7. Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar;
 8. Discutir e aprovar o PES e proceder à sua revisão periódica;
 9. Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento (BAHIA, 2011).

3.2 FONTES DE DADOS E ETAPAS DA ANÁLISE

Para a elaboração deste trabalho, foram utilizados dois tipos de produção de dados: fonte primária e fonte secundária. Como fonte primária, foram utilizadas as entrevistas realizadas com alguns Conselheiros. Como fonte secundária, as Atas do período de abrangência do PES (2016-2019) disponibilizadas no *site* oficial do CES/BA, as Atas do ano de 2015 que tratam especificamente da 9ª CONFERES e as Atas que não estavam disponíveis no *site* do CES/BA e que foram encaminhadas pelo Secretário Executivo do CES/BA após solicitação da pesquisadora; e os Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG) do período de 2016 a 2019 disponibilizados no *site* transparência-bahia.

Ainda como fonte secundária, foram utilizados documentos oficiais, tais como: portarias, legislações e regimento interno do CES/BA, bem como pesquisa bibliográfica de artigos, dissertações e livros de autores estudiosos do tema. A busca

se deu por intermédio de bancos de dados de bibliotecas eletrônicas, como: Google Acadêmico e SciELO. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: participação popular, controle social, controle social na saúde, reforma sanitária, SUS e planejamento em saúde.

A análise dos dados ocorreu em quatro etapas distintas, estabelecidas conforme os critérios abaixo:

- 1ª Etapa: análise documental.
- 2ª Etapa: aplicação da entrevista.
- 3ª Etapa: análise dos dados da entrevista, com transcrição.
- 4ª Etapa: comparação dos dados obtidos na análise documental e os resultantes das entrevistas.

3.2.1 Análise documental

De acordo com Flick (2009), documentos são destinados ao registro das rotinas institucionais e, ao mesmo tempo, ao registro da informação necessária para a legitimação da maneira como as coisas são feitas nessas rotinas.

Os documentos analisados foram as Atas do ano de 2015 que tratam da 9ª CONFERES, as Atas referentes aos anos de 2016 a 2019 e os Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG) do mesmo período. A seleção levou em consideração o PES (2016-2019), no qual estão estabelecidas a Política de Saúde do estado da Bahia e as estratégias para implementação das ações a serem desenvolvidas pelo sistema público de saúde do estado da Bahia.

As duas Atas do ano de 2015 foram excepcionalmente incluídas porque, não obstante a Conferência de Saúde não integrar os Instrumentos de Planejamento, é uma importante arena de discussão e deliberação, em que representantes de diversos segmentos sociais avaliam a situação da saúde da população e na qual são propostas as diretrizes que deverão embasar o processo de planejamento em saúde, posteriormente explicitadas no PES (BRASIL, 2016). As Atas a serem analisadas estão discriminadas no Quadro abaixo.

Quadro 3 – Atas de Reuniões do CES/BA analisadas entre 2015 e 2019

Anos	Reuniões Ordinárias**	Quantidade	Reuniões Extraordinárias	Quantidade
2015	221 (CES/BA, 2015a) 226 (CES/BA, 2015b)	02	–	–
2016	226, 227, 228 (CES/BA, 2016a) 229 (CES/BA, 2016b), 232 (CES/BA, 2016c), 233, 234, 235, 236 (CES/BA, 2016d)	11	20, 21, 22, 23, 24	05
2017	237 (CES/BA, 2017a), 238, 239 (CES/BA, 2017b), 240, 241, 242 243 (CES/BA, 2017c) 244 (CES/BA, 2017d) 245, 246 (CES/BA, 2017e) 247 (CES/BA, 2017f), 248	12	25, 26, 27	03
2018	249, 250, 251, 252, 253, 254 255 (CES/BA, 2018a), 256	08	28 (CES/BA, 2018b), 29 (CES/BA, 2018a), 30	03
2019 (*)	257 (CES/BA, 2019a), 258, 261, 262* 263*, 265*, 266* (CES/BA, 2019b) 267 (CES/BA, 2019c)	08	–	–

Fonte: elaboração própria.

(*) As Atas de n.º 262, 263, 265, 266, 267 foram disponibilizadas mediante solicitação ao Secretário Executivo do CES/BA, tendo em vista não estarem disponíveis no *site* www.saude.ba.gov.br/portal CES/BA.

(**) As Atas efetivamente mencionadas na discussão dos resultados estão devidamente indicadas nas referências do presente trabalho.

Buscando garantir o anonimato dos conselheiros do CES/BA, as falas destacadas, provenientes das Atas ordinárias e extraordinárias analisadas, foram codificadas utilizando a ordem crescentes das letras maiúsculas do alfabeto, ou seja, Conselheiro A, B, C, D e assim por diante.

Para processar as informações dos documentos analisados foi desenvolvida a matriz analítica - Acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, Controle Social – CES/BA (quadro 5), a partir dos dados registrados nas ATAS das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, produzidas pelo CES/BA, no período de 2016 a 2019.

3.2.2 Entrevista

A finalidade da entrevista é coletar informações detalhadas sobre a atuação dos componentes do CES/BA no que se refere a:

- Importância do papel que representam na definição e supervisão das políticas de saúde (PS, PAS, RAG);

- conhecimento dos membros sobre a importância do planejamento em saúde e respectivos instrumentos;
- habilidades dos seus representantes (articulação e consenso);
- comprometimento com o usuário do SUS;
- conhecimento das legislações que guardaram relação com a atuação do CES/BA (Lei Orgânica nº 8.880/90, Lei Federal nº 8.142/1990, Resolução Federal do CNS nº 453/2012, Regimento Interno).

A escolha da entrevista como fonte primária deve-se ao seu caráter qualitativo, adequada ao tipo de informação que se pretende coletar, pois permite a obtenção de informações em profundidade de atores que detêm conhecimento sobre o tema. A entrevista também é útil para auxiliar a interpretação de dados obtidos por outros meios, a exemplo da análise documental (BRASIL, 2010).

As perguntas da entrevista foram elaboradas de forma a estimular o entrevistado a falar. Partiu-se das mais simples para as mais complexas, evitando perguntas tendenciosas que pudessem expressar ideias preconcebidas ou constranger o entrevistado. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro único, semiestruturado de entrevista (APÊNDICE A), gravada com a permissão dos(as) entrevistados(as), utilizando a plataforma de videoconferência *on-line* e, posteriormente, transcritas. O roteiro foi formulado de modo flexível, visando ao pesquisador obter informações importantes, não contempladas no roteiro.

O foco principal da entrevista foi a implementação e o acompanhamento dos instrumentos de planejamento da saúde do estado (PS, PAS, RAG), no quadriênio 2016-2019.

A seleção dos participantes do estudo ocorreu após as leituras das Atas de Reuniões da Plenária no período de 2016 a 2019, considerando os seguintes critérios: frequência dos conselheiros nas reuniões da plenárias (assiduidade); conselheiros que detêm conhecimento técnico das ferramentas que compõem os Instrumentos de Planejamento em Saúde; maior desenvoltura dos membros do colegiado durante as reuniões; representatividade das diversas categorias integrantes do CES/BA.

A entrevista foi aplicada a membros que integraram o CES/BA nos anos de 2016 a 2019 e que se dispuseram a participar das entrevistas. A escolha desses anos se deu em virtude de estes contemplarem o período anterior e posterior à publicação

da Portaria nº 3.992/2017. Foram convidados a participar da entrevista 12 conselheiros, sendo 6 do seguimento dos usuários, 4 do seguimento dos trabalhadores e 2 do seguimento dos prestadores. Desses, 5 responderam ao convite, porém apenas 3 participaram efetivamente da entrevista, sendo 2 do seguimento dos usuários e 1 do seguimento dos prestadores. Nenhum representante do seguimento dos trabalhadores se disponibilizou a participar.

Visando preservar a identidade dos respondentes, os entrevistados foram codificados com os algarismos romanos I, II e III.

3.2.3 Análise dos dados

Para tratar os dados da pesquisa, seguiram-se as orientações de Bardin (1997), utilizando como técnica a análise de categoria temática. Para tanto, foram definidos dois temas: participação e controle social, cada um deles composto de três categorias de análise, conforme discriminado no quadro abaixo.

Quadro 4 – Temas e Categorias de Análises

Tema	Categorias	Instrumentos De Coleta
Participação	Elaboração da Conferência Estadual de Saúde	Entrevista e Análise Documental
	Aprovação das Diretrizes da Conferência Estadual de Saúde	Entrevista e Análise Documental
	Autonomia do CES/BA ante o gestor de Saúde	Entrevista e Análise Documental
Controle Social	Monitoramento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento	Entrevista e Análise Documental
	Consonância entre os Instrumentos de Saúde e os Instrumentos de Governo	Entrevista e Análise Documental
	Comportamento do CES/BA perante a Portaria Federal nº 3.992/2017	Entrevista e Análise Documental

Fonte: elaboração própria.

Para definir as categorias de análise, foram utilizados a literatura pertinente e os elementos presentes nos dados coletados. Estes foram coletados por meio de pesquisa documental e da realização de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos membros do CES/BA que se dispuseram a participar da pesquisa.

A interpretação dos dados, coletados na pesquisa, ocorreu associando os achados da pesquisa ao referencial teórico que deu suporte à investigação, buscando estabelecer a ligação entre eles.

Com o objetivo de fortalecer as conclusões da pesquisa, foi realizada uma análise comparativa envolvendo os dados obtidos na análise documental e os resultados das entrevistas. Observa-se que não foi possível a utilização da técnica da triangulação de dados em face de o objeto da pesquisa referir-se a fatos pretéritos, o que impossibilitou a geração do terceiro elemento (Observação não Participante).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento aos princípios éticos, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme regulamentação da Resolução nº 466/2012 do CNS (BRASIL, 2012); e o desenvolvimento da pesquisa esteve subordinado à emissão do parecer favorável do referido Comitê para sua realização. O Projeto foi encaminhado para aprovação do CEP, tendo este emitido parecer consubstanciado nº 4.400.768 aceitando os documentos anexados, tais como: informações Básicas do Projeto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência, Projeto Detalhado, Roteiro de Entrevista, entre outros. Como pendência, foi apontada a ausência de informações sobre como e quando os convites seriam enviados aos participantes do estudo, solicitada a inclusão dessas informações no projeto detalhado, nas Informações básicas do projeto e no TCLE já inclusos na Plataforma Brasil. A solicitação do Comitê foi atendida, as alterações foram incluídas nos documentos apontados e encaminhadas para apreciação e parecer final do CEP.

A participação dos conselheiros na pesquisa se processou após autorização voluntária mediante TCLE, garantindo respeito em sua dignidade e autonomia, confidencialidade, privacidade, proteção da sua imagem, assegurando que poderiam desistir a qualquer momento, sem necessidade de dar explicações, como também pedir informações sempre que necessário.

Entendendo que a pesquisa poderia suscitar situações de desconforto ao entrevistado em responder a alguma pergunta formulada, pelo fato de expor seu pensamento e/ou percepção a respeito do objeto pesquisado, bem como pela

rememoração e narrativa de suas experiências, a dinâmica da entrevista foi cuidadosa por parte da pesquisadora nas etapas de elaboração de seu conteúdo, na abordagem ao entrevistado, na coleta de dados, bem como na confidencialidade das respostas e respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos do entrevistado. A pesquisadora comprometeu-se, ainda, em adotar medidas de proteção para minimização dos riscos, como garantia de confidencialidade das respostas, escolha do horário oportuno, abordagem discreta do entrevistado, coleta de dados em local reservado e de que nada do que for dito será compartilhado de forma a identificá-lo, utilizando-se mecanismos próprios de pesquisa com uso de entrevistas, como atribuir código ao entrevistado e omissão de dados que possam identificar o participante, propiciando a anonimização. Essas ações buscaram evitar ou minimizar os possíveis riscos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Ressalta-se que todos os integrantes da pesquisa tiveram oportunidade de desenvolver a reflexão sobre o processo de trabalho no qual está inserido, no momento da entrevista; e, após a conclusão do estudo, poderão conhecer as possíveis diferenças de opinião sobre o objeto investigado, proporcionando ganho de conhecimento. Os custos demandados pelo estudo foram mínimos e providos pela sua autora.

3.4 LIMITAÇÃO DO ESCOPO

Alguns pontos limitaram o alcance da presente pesquisa, conforme abaixo destacado:

- baixa adesão dos conselheiros à entrevista, o que dificultou uma análise mais refinada dos resultados obtidos;
- indisponibilidade do Relatório Final da 9ª CONFERES;
- ausência de informações sobre os Instrumentos de Planejamento em Saúde no ano de 2019;
- intempestividade na apresentação do RAG do período de 2016 a 2019.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa. Descreve os impactos da nova normativa sobre o Controle Social exercido pelo CES/BA no que tange aos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG), tendo como pilares as análises das Atas Ordinárias e Extraordinárias do CES/BA do período de 2016 a 2019, bem como os resultados das entrevistas aplicadas aos membros do Conselho que se dispuseram a participar deste estudo. Apresenta, também, as reflexões e as discussões associadas à atuação do CES/BA enquanto Controle Social da Saúde do Estado.

Os resultados serão apresentados de acordo os temas e as respectivas categorias de análises, definidos e detalhado no Quadro 4.

O capítulo está subdividido em dois temas, de acordo com as categorias analíticas definidas. O primeiro trata do tema Participação e consta de três subitens – Elaboração da Conferência Estadual de Saúde (9ª CONFERES); Aprovação das Diretrizes da Conferência Estadual de Saúde; e Autonomia da Gestão ante o CES/BA. O segundo tema, refere-se ao Controle Social, contendo três subitens – Monitoramento, Avaliação e Fiscalização dos Instrumentos de Planejamento; Consonância entre os Instrumentos de Saúde e os Instrumentos de Governo; e Comportamento do CES/BA perante a Portaria Federal nº 3.992/2017.

4.1 PARTICIPAÇÃO

Neste tópico, serão apresentados os resultados relativos à participação dos conselheiros, com base nas categorias referidas acima.

4.1.1 Elaboração da Conferência Estadual de Saúde (9ª CONFERES)

A Conferência de Saúde ocorre a cada quatro anos convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, a quem compete discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferência de Saúde (BRASIL, 2012). Assim, merece destaque o que reza os incisos

III, IV e V da Quinta Diretriz da Resolução Federal nº 453/2012 (BRASIL, 2012b), que traz entre as competências dos Conselhos de Saúde:

[...]

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; [...].

A 9ª CONFERES teve como tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”. Foi aprovada pela Resolução CES nº 06/2015 (CES/BA, 2015a) e realizada em 9 de outubro de 2015. Traz entre seus objetivos “Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual – PPA e dos Planos Municipais e Estadual de Saúde no contexto dos 25 anos do SUS”.

A Ata registra que as tratativas para a realização da 9ª CONFERES tiveram início no mês de maio daquele ano, faltando apenas 52 dias para o encerramento do prazo final (31 de julho de 2015) estabelecido pelo CNS. Naquele momento, apenas 17 municípios baianos haviam realizado as Conferências Municipais, o que representa aproximadamente 4,1% dos municípios do Estado. Registram as dificuldades enfrentadas pela Comissão para realizar a Conferência, sobretudo pela ausência de apoio da Gestão e da Assessoria de Comunicação da SESAB (CES/BA, 2015a).

Relatam o esforço dos conselheiros para viabilizar o fórum, considerando a importância do CES/BA como arena de participação social, em que são discutidas as políticas de saúde a serem implementadas pelo período de quatro anos.

Trazem ainda a preocupação do colegiado com a possibilidade da 9ª CONFERES não ser realizada, o que consideram como situação de desmobilização do Controle Social do estado da Bahia, tendo em vista a relevância que o Estado sempre teve nas Conferências Nacionais. Também, revelam a inquietação da Comissão Organizadora com o baixo quantitativo de conferências realizadas pelos municípios, considerando a proximidade do encerramento do prazo definido pelo CNS. Na visão da Comissão, isso constitui um retrocesso para o CES/BA, sobretudo pelo fato de que, pela primeira vez, a Conferência Nacional de Saúde vai ser presidida

por um representante do segmento dos usuários, marco histórico e extremamente relevante para o Controle Social e para o fortalecimento do SUS (CES/BA, 2015a; CES/BA, 2015b; CES/BA, 2016c).

Nesse sentido, destaca-se a percepção de membro do CES/BA ao afirmar que “a 9ª CONFERES ficou bem aquém da conferência anterior no que tange à efetividade e à evolução do Controle Social do estado da Bahia.” (Conselheiro B).

A Portaria nº 3.992/2017 determina que os recursos repassados pelo MS aos entes subnacionais só poderão ser gastos em ASPS previstas no planejamento, e o recebimento dos recursos previstos no PS e na Programação Anual. Dessa forma, faz-se premente a construção de um planejamento eficaz com a participação do controle social, o que ocorre por meio das Conferências de Saúde.

As Conferências de Saúde são, portanto, espaços primordiais para o exercício do Controle Social do SUS, cabendo ao gestor de saúde a sua convocação e a responsabilidade de prover os meios necessários para que a Conferência aconteça, destinando recursos financeiros, materiais e pessoal para apoiar e trabalhar diretamente em sua realização.

4.1.2 Aprovação das Diretrizes da Conferência Estadual de Saúde

É importante salientar que, não obstante a 9ª CONFERES ter sido realizada no mês de outubro de 2015, até a finalização desta pesquisa (fevereiro de 2022), o Relatório Final ainda não havia sido avaliado pelo CES/BA. No entanto, a Ata revela que este foi encaminhado pela relatora para apreciação do CES/BA (CES/BA, 2016c) conforme relatado abaixo:

[...] o relatório foi entregue ao Conselho Estadual de Saúde, mas não queria acreditar que pela primeira vez a Bahia não teria um relatório final concluído, ou a gestão fazia porque ela trabalhou três meses e todo mundo sabia que não estava de vítima, fez porque era um compromisso, mas sem apoio quase nenhum da gestão. tudo que conseguiram de apoio foi costurado por dentro da equipe de relatoria.

Ou a Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde faz gestões juntos com a Secretaria de Saúde do Estado ou teremos apenas um CD, que entregou ao Conselho Estadual de Saúde e que não está publicizado para todos.” “É importante ficar alerta porque a maior instância de consulta social é a Conferência Estadual de Saúde e temos bastantes coisas nele (Conselheiro B)

A situação acima demonstra a preocupação de membro do conselho com a desídia do CES/BA quanto a discussão elaboração e aprovação das diretrizes definidas na Conferência de Saúde. Sobretudo, porque a demora na aprovação do relatório compromete o planejamento da saúde para os próximos quatro anos, tendo em vista que as diretrizes aprovadas na 9ª CONFERES deverão subsidiar a formulação das políticas de Saúde do estado da Bahia, conforme determina art. 1º, inciso I da Lei Federal nº 8.142/1990. Nesse contexto, Costa e Vieira (2013) apontam que o período de realização das conferências, na situação atual, aconteceu no âmbito nacional no final do primeiro ano de governo prejudicando a inclusão das recomendações propostas nas conferências no PPA que deve ser apresentado ao Congresso Nacional até o final do mês de agosto.

Dessa forma, não se pode afirmar que as diretrizes aprovadas na conferência subsidiaram o PES 2016-2019 conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012, bem como se gerou algum tipo de priorização daquilo que foi deliberado pelo Controle Social na 9ª CONFERES. Por outro lado, ao ser entrevistado, o Conselheiro I informou que, independentemente da aprovação do Relatório Final, a mesa diretora do CES/BA, por meio de sua comissão, encaminhou as diretrizes aprovadas pela 9ª CONFERES à área técnica da SESAB para embasarem a elaboração do PES 2016-2019. Enfatizou que a Conferência é soberana, portanto, as diretrizes aprovadas não podem ser alteradas. Esclareceu que a não aprovação do relatório ocorreu em função de opiniões divergentes entre os membros do colegiado que não chegaram a um consenso sobre o responsável pela elaboração do relatório, o que considera um grande absurdo, tendo em vista que o relatório já foi publicado no caderno e enviado para a nacional. Não tinha mais o que ser discutido, as propostas já geraram um efeito.

Quanto à conclusão do Relatório Final, a fala do Conselheiro II coaduna com a do Conselheiro I ao confirmar que o Relatório Final da 9ª CONFERES, de fato, não chegou a ser concluído pela relatoria, por isso não foi aprovado, tendo ressaltado que houve uma série de problemas na sua elaboração. Segundo o Conselheiro II, o CNS chegou a interferir no diálogo das partes envolvidas na tentativa de resolver o problema. No entanto, o relatório efetivamente não foi concluído e não pode ser levado para o pleno do conselho. Ficou como um relatório sombra, que nunca foi oficial, o que, no seu entendimento, é muito ruim porque enfraquece as deliberações da 9ª

CONFERES e desqualifica tudo que foi construído pelos delegados(as) advindos(as) dos municípios e da capital do estado.

Todavia, ressaltou que o PES foi aprovado. Contudo, não soube informar se houve estudo por parte do colegiado sobre o que foi aprovado, porque, frequentemente, nos planos estaduais e municipais, as pessoas aprovam as diretrizes propostas, mas “elas ficam no vazio, elas ficam como um instrumento morto que muitas vezes não são utilizadas pela gestão como prioritárias para serem incorporados no PES” (Conselheiro II).

Ainda nesse contexto, na opinião do Conselheiro III, a não finalização do relatório não prejudicou apenas as diretrizes proposta no PES, mas também privou os conselheiros de conhecer os fatos relatados e discutidos no fórum, importantes fontes de informação para a construção de um sistema participativo. O entrevistado acredita, porém, que as diretrizes são previamente estabelecidas pela gestão, ou seja, os eixos são discutidos e definidos pelo próprio Estado.

Nesse propósito, destacamos a percepção dos Conselheiros abaixo:

Os conselhos tinham uma importância fundamental de Controle Social, do que era decidido e proposto nas Conferências, tanto que o plano estadual só se justificava quando contemplava o que estava proposto nas Conferências que traziam essas representatividades e faziam valer o Controle Social. (Conselheiro E)

Normalmente a conferência servia de subsídio para montar um plano de ação daquela prefeitura, estado, do país a conferência servia de subsídio para alimentar o que a população junto com os gestores, trabalhadores, usuários e prestadores de serviços decidirem o que enfrentariam, então não ficavam à vontade até mesmo para não ver as propostas que ele tinha brigado, reclamado e até mesmo aquelas que ele tinha discordado não estavam executar. (Conselheiro F)

A situação posta coaduna com estudo realizado por Menezes (2010) ao afirmar que, embora os direitos à participação social assegurado pela CF/1988 representem uma conquista na construção e ampliação da cidadania, por si sós, não garantem a plena e efetiva participação dos conselhos e das Conferências de Saúde na definição das políticas de saúde. Também, nesse sentido, tem-se estudo realizado por Stotz (2006) que aponta como limitação do Controle Social o fato de as Conferências de Saúde não terem se tornado instâncias populares, tal como proposto na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) no que se refere a “avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”. Para o

autor, tal limitação ocorre, sobretudo, em razão do processo de avaliação e proposições, encaminhados para debate no fórum, serem elaborados por grupos técnicos do MS e instituições a exemplo do CONASS.

Em vista do exposto, não é possível afirmar que as diretrizes aprovadas na 9ª CONFERES subsidiaram o PES 2016-2019, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012, ou se gerou algum tipo de priorização daquilo que foi deliberado pelo Controle Social na Conferência de Saúde.

Diante da relevância e da importância desse fórum para a construção de uma política de saúde eficaz, que expresse os anseios da população, é notória a necessidade de que as diretrizes propostas nas Conferências de Saúde subsidiem o planejamento das ações públicas de saúde e não sejam apenas algo meramente cartorial, somente para cumprir um requisito legal.

4.1.3 Autonomia da Gestão ante o CES/BA

As Atas (CES/BA, 2015a; CES/BA, 2015b; CES/BA, 2016a) apontam a forma como a gestão tem conduzido o Controle Social do Estado. Na visão dos conselheiros, o Controle Social do CES/BA está vivendo um momento de desprestígio e de desvalorização por parte da gestão pública. As decisões estão sendo tomadas sem a participação do colegiado, a exemplo do encaminhamento do PPA já aprovado pela Assembleia Legislativa, os atrasos recorrentes no encaminhamento dos instrumentos de planejamento para deliberação do colegiado. De acordo com os conselheiros, isso faz do CES/BA um conselho figurativo, e não deliberativo como é sua vocação. Salientam que não estavam ali somente para ouvir, mas também para participar da condução da saúde do Estado; não estavam ali mensalmente para falarem para eles mesmos. A gestão precisava participar. A fala do Conselheiro H a seguir sintetiza bem o momento do CES/BA no período analisado: “Há alguns meses ou anos, já enxergava que poucas coisas estavam conseguindo dizer que foi fruto do Conselho”.

As falas transcritas de alguns Conselheiros durante as reuniões do CES/BA e nas entrevistas realizadas, abaixo destacadas, ratificam o cansaço e o desânimo deles com o gestor da saúde.

O Controle Social não pode ser menosprezado, não pode ser refém de gestão acharem que seria partidarizado, porque tinha sido ofendido ou porque tinha chancelado, seria ter o desconhecimento total de até então, o que a gestão de Política Pública do Estado da Bahia estava mostrando era o desconhecimento absoluto da história da Saúde Pública e da construção do SUS e do Controle Social. (Conselheiro A)

A impressão que tinha é que estavam retrocedendo no tempo, voltando ao tempo das cavernas. Realmente o CES precisava ser respeitado pelo governo, pois o CES era Controle Social. Era onde se trazia a discussão da ansiedade dos segmentos que os conselheiros representavam e não estavam ali brincando de fazer saúde, estavam construindo uma saúde para todos os brasileiros e se aceitassem tudo não estariam sendo Controle. A saúde necessitava melhorar e estavam ali, para isso. (Conselheiro D)

[...] pensava que todos ali estavam cansados desse sistema, cansados dessa instituição de participação que é o CES, que não se tinha o efeito da participação dos conselheiros. Essa foi sua reflexão. Estavam ali mensalmente apenas para se encontrarem e falarem para eles mesmos. Onde estava a gestão ali? Aquilo era uma reunião de conselheiros exclusivamente? Onde estava o Secretário da Saúde? Iriam falar para eles mesmos? quisessem fazer isso marcariam as suas reuniões, pois aquilo não era uma reunião somente de conselheiros, mas uma reunião de institucionalidade participativa. Nela teria que estar à sociedade e a gestão. (Conselheira I)

A situação acima coaduna com estudo realizado por Van Stralen e colaboradores (2006) ao afirmar que os obstáculos enfrentados pelos colegiados no desempenho de suas funções são interpostos, sobretudo, pelos próprios gestores. Percepção compartilhada pelo Conselheiro I ao afirmar em entrevista que a postura da gestão em relação ao conselho quanto ao apoio, respeito e valorização do Controle Social do Estado permaneceu a mesma durante todo o quadriênio 2016-2019. O Secretário de Saúde, embora membro do conselho, só participava das reuniões quando a pauta era obrigatória. “Fora isso, não dava a mínima”. Para ele, o sentimento de desrespeito do CES/BA é muito por causa da legislação que cria um conselho como um órgão autônomo; no entanto, precisa de autorização do gestor de saúde até para comprar uma caneta. Acaba que o formato de não garantir um orçamento em que o Conselho não é o ordenador de despesa faz com que todas as prerrogativas sejam prejudicadas.

Esse entendimento coaduna com a declaração do Conselheiro II ao afirmar que as deliberações da plenária não são acolhidas pelo Secretário de Saúde. Ressalta que mesmo as propostas que são levadas pelos segmentos ali representando nem sempre são consideradas no momento do planejamento. Acredita que o segmento de usuários do CES/BA está muito dividido, não existindo muita conexão entre eles. As pautas estão muito específicas, com pouca solidariedade ou senso de coletividade, há muito corporativismo de entidades e especificidade, o que é nocivo para o CES/BA.

O mesmo conselheiro afirmou que, como observador, presenciou muita briga, debates e discussões no pleno. Para ele, a gestão de saúde é reativa e impermeável a qualquer coisa que venha da sociedade civil, o que prejudica o processo que deveria ser de autonomia e liberdade de decisão.

Para o Conselheiro III, o posicionamento da gestão não é desconhecido dos Conselheiros, tendo em vista que muitos deles já participam do colegiado há muito tempo. Eles sabem que podem participar da construção do planejamento e têm como acrescentar e alocar. Ressalta, no entanto, que os compromissos não são definidos pela Secretaria de Saúde, e sim pela Secretaria de Planejamento.

Corroborar tal afirmação estudo realizado por Tatagiba (2005) ao revelar que a maioria dos estudos por ela analisados sobre a capacidade deliberativa dos conselhos aponta para a baixa capacidade de inovação das políticas públicas dos representantes da sociedade civil, o que sugere que a participação assume contornos mais reativos que propositivos. Os motivos apresentados, no geral, estão relacionados com a dinâmica de funcionamento dos Conselhos, tais como: a centralidade do Estado na elaboração da pauta; a falta de capacitação dos Conselheiros; os problemas com a representatividade; a dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses; a recusa do Estado em partilhar o poder; e a fragilidade deliberativa dos conselhos. Tal sentimento é compartilhado por Costa e Viera (2013) ao destacarem que os colegiados têm se transformado em arena de disputa entre os diversos segmentos, seja por recursos, seja em razão de interesses particulares, em detrimento do interesse público. A relação conflituosa existente entre gestores, trabalhadores e usuário contribui para que se mantenha e se fortaleça no interior dos colegiados um clima negativo ao invés de união e negociações em torno dos interesses dos segmentos. Ressaltam que a melhoria dos serviços de saúde só se concretizara mediante comprometimento e vontade política dos dirigentes e gestores; entretanto, para que tal intento seja alcançado, é necessário que a sociedade civil exerça de forma ativa e propositiva, na devida proporção, seu papel coercitivo sobre a relação sociedade e governo.

Ainda segundo o Conselheiro II, as ligações político-partidárias de poder dentro do CES/BA permeiam vários processos de cooptação de representação, o que prejudica os processos de análise. As pessoas votam pura e simplesmente por estarem a favor da gestão, ou votam porque são contra esse modelo que é muito maniqueísta (está na gestão ou não está). Observa que é muito danoso haver dentro

do CES/BA políticas partidárias influenciando as decisões. Afirma que o gestor de saúde do período analisado não tinha o menor constrangimento em utilizar o poder político-partidário para cooptar as pessoas de dentro do CES/BA. Nesse sentido, Bravo e Correia (2012) apontam que, em virtude da heterogeneidade da composição dos Conselhos, coexistem nesse espaço interesses antagônicos, o que dificulta o atingimento dos objetivos definidos na legislação que o fundamentou. Citam entre os obstáculos enfrentados pelos Conselhos a correlação de forças existente no interior do fórum. Observam que, apesar de esses colegiados não estarem acima da sociedade, nem imunes aos conflitos de interesses, cooptação e de disputas políticas, podem se tornar, em algum momento, mecanismo de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais.

Na opinião do Conselheiro II, as questões de saúde vão muito além das políticas públicas partidárias. Elas são conjunturais, socioeconômicas, por isso têm que ser enfrentadas com outras ações, inclusive em parcerias com outras secretarias. Nesse sentido, Parentes (2011) chama a atenção para a necessidade de estreitar o contato institucional com outras secretarias que trabalham em conjunto.

A pesquisa aponta que a forma como o gestor de saúde conduziu o CES/BA, no período analisado, impactou negativamente na efetividade da gestão e no bom desempenho do colegiado enquanto Controle Social. Cabe salientar a importância da gestão de construir uma boa relação com o Controle Social, estreitando os laços com os seus membros em prol de uma política pública de saúde com qualidade. Observa-se ainda a obrigatoriedade do gestor público de pautar suas ações em estrita obediência aos princípios básicos da Administração Pública e aos princípios constitucionais previstos no art. 37 da CF/1988, quais sejam: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988), buscando a construção de uma administração íntegra, efetiva, transparente e próxima da sociedade.

4.2 CONTROLE SOCIAL

Neste tema, foram definidas três categorias de análises, a saber:

- Monitoramento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento;
- Consonância entre os Instrumentos de Saúde e os Instrumentos de Governo;

- Comportamento do CES/BA perante a Portaria Federal nº 3.992/2017.

4.2.1 Monitoramento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento

Embora a execução das Políticas Públicas de Saúde seja de responsabilidade do Gestor do SUS, de acordo com a Resolução nº 453/2012, cabe ao Conselho de Saúde atuar na formalização e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 2012b). Para consecução desse objetivo, os Conselhos valem-se dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, quais sejam: PS, PAS e RAG, visando assegurar que as decisões do pleno sejam respeitadas.

Para verificar o comportamento do CES/BA diante desses Instrumentos, foi desenvolvida uma matriz (Quadro 5) contendo os Compromissos do Gestor e do CES/BA referente ao período de 2016-2019, na qual são demonstradas as atividades executadas pelo Conselho de Saúde para exercer o Controle Social sobre as políticas de saúde no que diz respeito a:

- compromisso do gestor de encaminhar os Instrumentos de Planejamento (PS, PAS, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA e RAG) e de governo (PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, Lei Orçamentária Anual – LOA) para o CES/BA;
- cumprimento da legislação do SUS;
- efetividade dos instrumentos de planejamento nas Políticas Públicas de Saúde.

Quadro 5 – Acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, Controle Social – CES/BA

Instrumentos	Compromissos do gestor	Atribuições dos Conselhos	Prazo	Período			
				2016	2017	2018	2019
Conferência de Saúde	Convocar a Conferência de Saúde a cada quatro anos (§ 1º, art. 1º da Lei nº 8.142/90)	Convocar extraordinariamente, se necessário, a Conferência de Saúde,	Quadrienal	Conferência de Saúde (9ª CONFERES) realizada em 9/10/2015. Aprovada pela Resolução CES/BA nº 06/2015			
PS	Elaborar o PS com base nas diretrizes dispostas pelo Conselho na Conferência Quadrienal correspondente (§ 8º, art. 15 da Lei nº 8.080/90)	Estabelecer/deliberar/definir diretrizes que deverão ser observadas nos planos de saúde. (art. 37 da Lei nº 8.080/90; § 4º, art. 30 Lei Complementar nº 141/12; § 3º, art. 15 do Decreto nº 7.508/11; § 7º art. 3º Portaria nº 2.135/13) Avaliar e emitir parecer conclusivo sobre o PS (§ 7º, art. 3 da Portaria nº 2.135/13)	Quadrienal (elaborado no 1º ano de gestão e executada no ano subsequente).	O PES 2016-2019 foi apresentado para aprovação CES em 15 de dezembro de 2016. Aprovado por meio da Resolução CES nº 152016			
PAS	Encaminhar a PAS para aprovação do respectivo Conselho de Saúde (§ 2º, art. 36 da Lei Complementar nº 142/12)	Avaliar e emitir parecer conclusivo sobre a PAS antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente (§ 2º, art. 36 da Lei Complementar nº 141/12)	Anual (antes da entrega do LDO do ano em curso à Casa Legislativa - 15 de abril).	Aprovada na 237ª Reunião Ordinária do CES/BA em 19/01/2017	Aprovada na 239ª Reunião Ordinária do CES/BA em 16/03/2017	Aprovada na 247ª Reunião Ordinária do CES/BA em 07/12/2017	Aprovada na 30ª Reunião Extraordinária do CES/BA em 22/11/2018

Instrumentos	Compromissos do gestor	Atribuições dos Conselhos	Prazo	Período			
				2016	2017	2018	2019
RDQA	Apresentar ao Conselho de Saúde e à Casa Legislativa o RDQA até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro (§ 5º, art. 36 da Lei Complementar nº 141/12)	Avaliar o RDQA consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde	Fevereiro	-	-	-	-
RAG	Enviar o RAG ao Conselho de Saúde (art. 36 da Lei Complementar nº 141/12)	Emitir anualmente parecer conclusivo sobre a gestão do SUS. (inciso III, art. 31 da Lei Complementar nº 141/12; § 3º, art. 5º da Portaria nº 2.135/13)	30 de março do ano seguinte ao da execução financeira.	Apresentado ao CES/BA em 30/8/2017. Aprovado na 29ª Reunião Extraordinária em 4/10/2018	Aprovado na 257ª Reunião Ordinária em 31/1/2019	Aprovado na 267ª Reunião Ordinária em 6/12/2019	-
RDQA	Apresentar ao Conselho de Saúde e à Casa Legislativa o RDQA até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro (§ 5º, art. 36 da Lei Complementar nº 141/12)	Avaliar o RDQA consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde	Maio	-	O primeiro, segundo e terceiro quadrimestre foram apresentados ao CES/BA em 20/07/2017 (Ata da 243ª Reunião Ordinária)	O primeiro e segundo quadrimestre foram apresentados em 8/11/2018 (Ata da 255 Reunião Ordinária)	O primeiro e segundo quadrimestre foram apresentados ao CES/BA em 2/10/2019 (Ata da 266ª Reunião Ordinária)
RDQA	Apresentar ao Conselho de Saúde e à Casa Legislativa o RDQA até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro (§ 5º, art. 36 da Lei Complementar nº 141/12)	Avaliar o RDQA consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde	Setembro	-	-	-	-

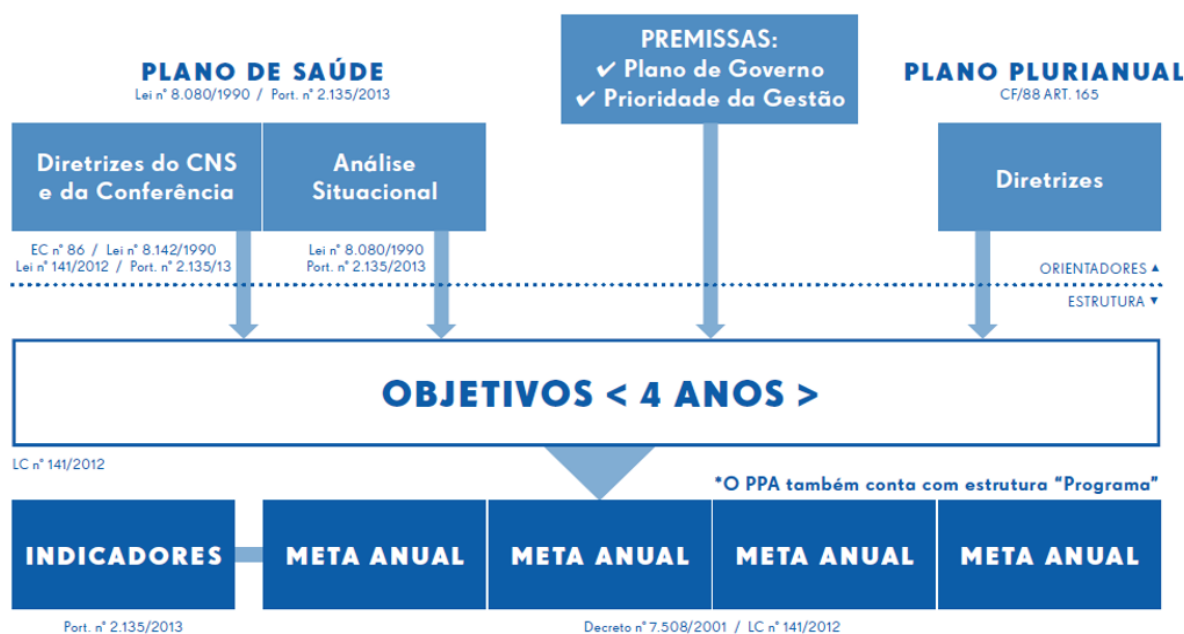
Fonte: adaptado do Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016).

Passa-se, assim, à análise do que foi observado em relação à ação do CES/BA no que se refere aos instrumentos de planejamento.

4.2.1.1 Plano de Saúde

O PS é a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, com financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária, conforme preconiza a Portaria Federal nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL,2013). Para tanto, faz-se necessária uma boa integração entre as etapas de planejamento e de orçamentação, visando garantir os recursos que irão viabilizar as ações e as metas estabelecidas no PS. A consonância entre esses instrumentos está sintetizada na Figura 1 abaixo:

Figura 1 – Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual



Fonte: Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016, p. 105).

O diagrama acima demonstra a compatibilização entre o PS e o PPA para viabilizar os recursos necessários para implementar as políticas pública de saúde, quadrienais, estabelecidas no planejamento de saúde explicitado por meio do PS. No

âmbito do estado da Bahia, o instrumento que norteia a elaboração das políticas de saúde é o PES.

4.2.1.2 Plano Estadual de Saúde

A política de saúde da SESAB, conforme dito anteriormente, adotou como ferramenta o Planejamento Estratégico Situacional. As ações expressas no PES 2016-2019, para o período de quatro anos, estão distribuídas em nove compromissos de governo, presente no PPA do mesmo período, e descrevem as estratégias que deverão fundamentar as ações a serem desenvolvidas pelo sistema público de saúde do Estado. O PES denominado “Programa Saúde Mais Perto de Você” visa ao fortalecimento do sistema estadual de atenção à saúde e, conseqüentemente, à melhoria da atenção à saúde das pessoas que vivem nas áreas urbana e rural, independentemente de gênero, idade, etnia, nível social ou religião. Para formalizar as linhas de atuação, a gestão utilizou, entres outros documentos, os relatórios das plenárias territoriais do PPA participativo na elaboração do PPA 2016-2019 e os relatórios da 9ª CONFERES. O PES 2016-2019 deve guardar consonância com o PPA do mesmo quadriênio visando manter a coerência entre os planejamentos de governo e de saúde. A sua elaboração inicia com um debate interno entre a Assessoria de Planejamento e Gestão (APG) e a Rede de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (RPMA) da SESAB, em que são definidos a metodologia, o cronograma e constituído o grupo de trabalho, que envolvem a equipe técnica da SESAB, consultores externos e a participação de comissão especial de apoio à elaboração compostos por membros do CES/BA (BAHIA, 2016).

No entanto, as Atas demonstram a incipiente participação do CES/BA na elaboração desse instrumento, conforme revelam as falas dos conselheiros transcritas. Em sentido inverso ao que determina a legislação, o PES 2016-2019 não foi utilizado como base para a elaboração do PPA (CES/BA, 2015b; CES/BA, 2016a). A primeira reunião para elaboração do PES ocorreu em 1º de fevereiro de 2016, em que foram apresentados a metodologia e os critérios para sua elaboração; entretanto, o PPA já estava aprovado pela Assembleia Legislativa do Estado da Bahia. O encaminhamento do PES para apreciação do CES/BA só ocorreu em 15 de dezembro de 2016 (CES/BA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d), em desobediência à Lei

Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a), que determina que o PS deve ser elaborado no primeiro ano de governo para execução no ano seguinte.

Observa-se que os compromissos estabelecidos no PES 2016-2019 coadunam com os programas propostos no PPA do Governo do estado da Bahia referentes ao quadriênio 2016-2019 (BAHIA, 2016), o que sugere que o PES foi construído com base nos programas definidos no PPA, e não ao contrário como determina a legislação. Nesse contexto, Costa e Vieira (2013) afirmam que a aprovação do orçamento da saúde pelo Legislativo local deve considerar o PS aprovado pelo Conselho. Essa dinâmica pressupõe que o conselho seja capaz de trazer novas proposições e alternativas para a saúde, traduzindo as aspirações populares e aproximando o planejado das reais necessidades de saúde do território.

Por esse ângulo, merece destaque a fala do Conselheiro H ao afirmar: “estão discutindo um PES onde terão que negociar muito, inclusive com a Casa Legislativa, para que possam fazer as emendas daquilo que estão dizendo que o Conselho precisa, porque já foi aprovado na LOA o que vai acontecer em 2017”.

Ao ser questionado em entrevista sobre a atuação do CES/BA quanto à proposição de estratégias e controle da execução das Políticas de Saúde, o Conselheiro I afirmou que acredita que o CES/BA participa da formulação das políticas de saúde por meio de oficinas que são abertas aos conselheiros e às comissões de orçamento, finanças e gestão. Entende que os conselheiros são ouvidos, porém, não têm poder de intervenção. Considera que as sugestões das comissões do CES/BA são incluídas no PES, mas é um processo de disputa permanente entre os representantes dos diversos segmentos. Esse entendimento corrobora a visão de Correia (2006) ao afirmar que a ausência de homogeneidade desses espaços, provocada, sobretudo, pelas divergências de interesses dos representantes dos segmentos sociais, tende a influenciar o rumo da política de saúde, e a favorecer os segmentos que representam.

Para o Conselheiro II, o CES/BA participa da formulação das políticas públicas, mas de forma limitada porque a maior parte das estratégias das políticas chegam prontas do gabinete por intermédio da gestão. No entanto, ressalta que as políticas de saúde não são construídas com a participação da sociedade civil, cita especificamente os segmentos de usuários e trabalhadores. Nesse sentido, Costa e Vieira (2013) afirmam que, ainda que o papel principal dos conselhos de saúde seja o

de atuar na formulação e no controle da execução das políticas de saúde, na prática, ocorre uma migração para a função fiscalizadora, sobretudo pelo despreparo dos conselheiros, para o desempenho dessa tarefa, o que favorece a manipulação por parte dos governantes.

Na opinião do Conselheiro III, o CES/BA participa da formulação das políticas de saúde, considerando que esse é o espaço no qual se constroem as políticas públicas do Estado. Porém, acredita que a efetivação dessa participação, muitas vezes, não cabe na estrutura do conselho, mas sim dos seguimentos ali representados. De modo geral, acredita que as políticas são participativas já que estas precisam passar pelo crivo dos CES/BA. Nessa perspectiva, Villa e Assis (2003) afirmam que o Controle Social é um espaço institucional de participação em que os atores sociais, representantes de segmentos da sociedade, articulam em torno da gestão governamental, ou seja, um novo espaço de cidadania. Nesse contexto, Kolody, Rosa e Luiz (2011) entendem que os Conselhos Gestores, como órgãos participativos e deliberativos, participam efetivamente da elaboração e do controle das políticas públicas à medida que quebram o monopólio do Estado sobre o processo decisório. Entretanto, não se pode desconsiderar a sobreposição do interesse público sobre o privado.

O Conselheiro III afirma ainda que o Controle Social precisa entender o seu papel, organizar-se, porque o Controle Social está dentro da CES/BA e tem políticas que estão dentro dos segmentos. Considera que existe disputa pelas políticas de saúde e que o CES/BA tem papel deliberativo; porém, se o entendimento da gestão compreende que ela é que vai construir determinadas políticas, cabe ao Conselho retornar as bases para que analisem, porque é preciso pensar em dotação orçamentaria, discutir com a Comissão de Finanças para que possa viabilizar o recurso necessário.

Quanto ao monitoramento dos instrumentos de planejamento os Conselheiros I e II, ao serem entrevistados, responderam que os Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG) não são discutidos e aprovados de acordo com os critérios e periodicidades estabelecidas na legislação. Ou seja, o CES/BA não cumpre a legalidade de suas prerrogativas enquanto Controle Social do SUS de fiscalizar, monitorar e avaliar as prestações de contas do Estado. Na opinião do Conselheiro II, existem duas realidades distintas: uma relacionada com os atrasos da gestão no envio

dos instrumentos para a avaliação do CES/BA; e outra pelo fato de a Comissão de Planejamento e Acompanhamento Financeiro e Orçamentário do CES/BA não cobrar da gestão o cumprimento da lei. O Conselheiro II ressalta ainda que o PES 2016-2019 foi um instrumento que já chegou ao CES/BA quase pronto, com delimitações de prioridades da gestão. Acredita que a falta de qualificação de Conselheiros para o debate, aliada à cooptação de alguns membros pela gestão, faz com que os instrumentos sejam aprovados sem o devido debate e sem o amadurecimento necessário, o que enfraquece o poder deliberativo do CES/BA, já que é ele que delibera tendo em vista que é a instância máxima do SUS na Bahia. Essa opinião é corroborada pelo Conselheiro III ao afirmar que, infelizmente, o PPA e o PES sempre chegam ao CES/BA prontos. Destaca, porém, que embora a legislação determine que o PES deve embasar o PPA, este deve ser aprimorado, justificado e que o CES/BA deve fazer sua parte, sob o risco de excluírem políticas importantes para a população do estado.

Nesse contexto, Gurgel e Justen (2013) afirmam que as avaliações sobre esses fóruns (Conferências, Conselhos) apontam para uma série de obstáculos vivenciados em seu cotidiano, o que os impede de atingir os objetivos definidos pela legislação que fundamentou sua implementação. Em outras palavras, se, por um lado, do ponto de vista mais geral, a institucionalização da representação de interesses na construção de políticas públicas significa um grande avanço na construção de uma sociedade democrática; por outro, observa-se considerável distância entre o que dispõe a norma jurídica e o que acontece na realidade concreta. Nessa lógica, Costa e Vieira (2013) afirmam que a sobrecarga das funções de fiscalização e controle aliadas à pouca transparência e ao despreparo dos conselheiros para o desempenho de suas atribuições contribuem para o baixo desempenho do colegiado para executar essas tarefas.

Ainda sobre o monitoramento dos instrumentos de planejamento, o Conselheiro I ressalta que o CES/BA, no ano de 2019, ficou parcialmente parado, em razão de a política do conselho estar inteiramente voltada para o processo eleitoral, que já perdura há um ano. Afirmou que acredita que, no ano de 2019, nenhum instrumento de gestão foi analisado pelo CES/BA. Para Kolody, Rosa e Luiz (2011), os Conselhos são espaços contraditórios, de lutas e disputas de interesses; porém, o interesse público deve ser priorizado em conformidade como os princípios democrático. Isso

coaduna com estudo realizado por Rolin, Cruz e Sampaio, (2013) ao afirmar que as atribuições de monitoramento, fiscalização e avaliação das Políticas Públicas de Saúde devem ser propostos, estimulados e garantido pelos Gestores de Saúde, tendo em vista que se trata de um direito de cidadania previsto na CF/1988. No entanto, as falas dos Conselheiros acima destacadas demonstram que o Gestor de Saúde do estado da Bahia vai em sentido contrário ao apontado pelos autores.

4.2.1.3 Programação Anual de Saúde

A Portaria nº 2.135/2013 (BRASIL, 2013) define a PAS como o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS. A PAS tem como objetivo anualizar as metas e prever a alocação dos recursos a serem executados. Deve ser elaborada antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes orçamentárias (LDO), do ano em curso, à Casa Legislativa e enviada para apreciação do respectivo Conselho de Saúde, tendo em vista a necessidade de viabilizar a alocação dos recursos orçamentários fundamentais ao cumprimento das ações proposta pelo gestor público.

As análises das Atas (CES/BA, 2017a) indica, conforme demonstrado no Quadro 5, a intempestividade na elaboração da PAS 2016. O instrumento só foi encaminhado para análise do CES/BA no dia 19 de janeiro de 2017, o que contraria a legislação e, conseqüentemente, a intenção do legislador de viabilizar a alocação dos recursos orçamentários para garantir o financiamento das ASPS, o cumprimento das metas propostas na PAS e a efetividade das Políticas Públicas de Saúde.

É importante ressaltar que o atraso na elaboração do PES impactou diretamente a elaboração da PAS, tendo em vista que esses instrumentos se interligam sequencialmente.

Abaixo, destacam-se alguns trechos das falas dos Conselheiros que revelam o sentimento quanto à situação acima relatada.

Nós estamos aqui discutindo o PAS de 2016, não tem o que discutir. Infelizmente o que a gestão resolveu bater cabeça, está entendendo que, por não ter apresentado o PAS é impossível fazer uma devida avaliação do Relatório Anual de Gestão.
[...] Não ouviram o Controle Social e nada me garante que não tenha sido feitos os ajustes para essa programação anual em função do que foi

executado. estou dizendo por que de fato eu confio em técnicos, mas acontece que tem um poder político que manipula e que muitas vezes aquilo que sai do que é técnico e é transformado. Infelizmente essa é a realidade e a gente não pode colocar uma manta nem um véu para encobrir nada. (Conselheiro B)

[...] por mais insatisfações que os conselheiros tenham, que as vezes a gente tenta discutir algo que é futuro, e a PAS era para discutir o futuro, a PAS era para ser um documento futurista, era para nesse momento a gente está discutindo o que era, ou já teria sido discutido o que ainda vamos fazer em 2017. Porque a partir de 1º de janeiro, 2017 já estará valendo e já tem outras PAS atrasadas [...], Então é debate que vai levar o cumprimento de um protocolo, estamos aqui legitimando o que houve, o que trouxe. (Conselheiro H)

Corre o risco de chegar em 2017 e a RAG não ser aprovado por causa de uma política específica que não foi cumprida como deveria, só para que possa continuar dialogando e foi pactuado para que possamos cumprir. (Conselheiro E).

Evidente que aqui nesse momento, a gente deveria já está avaliando o cumprimento das metas se alcançaram sua totalidade. Então, eu vejo um desgaste para o conselho a gente está ainda aprovando as metas quando deveríamos estar já avaliando o produto. (Conselheiro F)

Em contrapartida, as Atas (CES/BA 2017a; CES/BA 2017b; CES/BA, 2017f) apontam a preocupação e o esforço da gestão em trabalhar dentro do prazo preconizado pela legislação; propósito alcançado quando se observa a tempestividade nas aprovações das PAS dos anos de 2017, 2018 e 2019, conforme demonstrado no Quadro 5. Ressalta-se, no entanto, que a PAS do ano de 2019 foi aprovada em 22 de novembro de 2018 na 30ª Reunião Extraordinário do Conselho, não obstante o legislador estabelecer que esse instrumento deve ser elaborado e enviado para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes do encaminhamento da LDO à Casa Legislativa, ou seja até 15 de abril. Vale salientar que a sua apreciação em Reunião Extraordinária não se justificativa, considerando que o prazo para envio do instrumento foi devidamente estabelecido pelo legislador e que a prestação de contas é um dever legal.

As Atas ordinárias analisadas registram a dificuldade do colegiado em identificar os programas relativos aos compromissos estabelecidos na PAS, haja vista as constantes solicitações de esclarecimentos do colegiado durante as apresentações dessa ferramenta. Isso sugere que a opção do gestor de apresentar os compromissos em um nível mais agregado, aliado à ausência de transparência das informações, dificulta a identificação dos programas e, conseqüentemente, o acompanhamento e a avaliação da PAS. Esse entendimento é compartilhado pelo Conselheiro I ao afirmar que a falta de qualificação dos Conselheiros em razão do baixo investimento em educação permanente aliada à complexidade da linguagem dos instrumentos de

planejamento são fatores que colaboram para o baixo desempenho do colegiado. provavelmente em face das múltiplas atividades que lhes são atribuídas. Hoje, para desempenhar suas funções, um Conselheiro necessita possuir um conhecimento amplo. Citou como exemplo a área de vigilância e o orçamento público. Nesse sentido, Correia (2006) destaca, dentre as dificuldades enfrentadas pelos Conselhos Gestores, a ausência de transparência das informações, a manipulação dos Conselheiros na aprovação de propostas, a fragilidade política das entidades representadas, fatores que tendem a contribuir para a baixa efetividade do Controle Social. Ainda nesse propósito, estudo realizado por Silva e colaboradores (2015) pontua que a participação social está longe da proposta de uma gestão compartilhada e democrática na forma como foi concebida pela legislação. O conselho só existe formalmente, porém, não funciona; entretanto, ressalta que os conselhos estadual e federal têm maior representatividade. Para Kolody, Rosa e Luiz (2011), ainda persiste, na sociedade brasileira, uma cultura política marcada pelo corporativismo e particularismo de interesse; portanto, faz-se necessária a construção de uma cultura política voltada para os interesses da coletividade visando dar legitimidade à construção de um Estado democrático.

As visões acima ressaltam a premente necessidade de ampliar o investimento em qualificação permanente dos membros do CES/BA, tendo em vista a complexidade das atividades desenvolvidas pelos Conselheiros do desempenho do Controle Social.

4.2.1.4 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

O RDQA é o instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS ao Conselho de Saúde respectivo, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro. No mês de fevereiro, o gestor deve apresentar o RDQA referente às ações de saúde executadas nos quatro meses anteriores (art. 36, § 5º da Lei Complementar nº 141/2012); em maio, as ações executadas nos primeiros quatro meses do ano em curso (janeiro, fevereiro, março e abril); e em setembro, as ações correspondentes aos meses de maio junho, julho e agosto. Após avaliar a execução orçamentária e financeira e a qualidade dos serviços prestados à população, o Conselho deve encaminhar o relatório ao Chefe do Poder Executivo com as indicações de possíveis medidas corretivas que se fizerem necessárias (BRASIL, 2012).

A Ata (CES/BA 2017c) aponta que os relatórios do primeiro, segundo e terceiro quadrimestre do ano de 2016 foram apresentados ao CES/BA no dia 20 de julho de 2017 de forma conjunta. A situação posta demonstra o descaso da gestão quanto ao cumprimento da legislação no que tange à tempestividade na apresentação dos RDQA e quanto à apresentação conjunta dos relatórios.

Observa-se que, ao apresentar os três quadrimestres ao mesmo tempo, o gestor inviabiliza o propósito do legislador de que esses instrumentos sejam o balizador para adoções de possíveis medidas corretivas que se façam necessárias no PES.

A Ata também registra o argumento da representante da APG durante a exposição dos quadrimestres, em que afirma que a apresentação dos relatórios tem dois significados: primeiro, de estarem cumprindo a legislação apesar dos relatórios serem do ano de 2016; segundo, por todo processo vivenciado na elaboração desses instrumentos, tanto a nível da dinâmica do Conselho como da equipe da APG e da RPMA da SESAB. Ressaltou, ainda, a necessidade de correr contra o tempo e de trabalhar dentro do prazo preconizado pela legislação.

É importante salientar que o fato de a gestão ter apresentado os relatórios quadrimestrais não modifica a razão de haver descumprido a legislação. As falas dos Conselheiros abaixo retratam bem a situação posta:

Os quadrimestrais são recomendativos. Os Relatórios são referentes ao ano de 2016 e já estamos em 2017; recomendaria para lugar nenhum, porque não iria voltar ao ano de 2016, para corrigir, restando no momento, viver a realidade, do que estava posto. (Conselheiro H)

A discussão é de três Relatórios Quadrimestres, que já estavam fora do que dizia a legislação. É preciso assumir o compromisso mútuo de que se esforçarão para que regularizem o processo de avaliação, até porque o quadrimestre de 2017 também já estava atrasado. (Conselheiro H)

[...] precisavam urgente e paralelamente ao RAG de 2016, analisar o primeiro Quadrimestre, inicialmente na Comissão e trazer ao Conselho; e assim o Conselho ser efetivo e já poder interferir em 2017. (Conselheiro L)

As argumentações dos Conselheiros ratificam a afirmação anterior, quanto à necessidade de cumprir os prazos definidos na legislação de forma a alcançar o objetivo do legislador de interferir, caso seja necessário, no Instrumento de Planejamento (PES) e, dessa forma, tornar o CES/BA mais efetivo.

Quanto ao ano de 2017, não foi localizado, nas Atas das Reuniões Ordinárias/Extraordinárias, o encaminhamento dos relatórios quadrimestrais desse período.

No que se refere aos anos de 2018 e 2019 (Quadro 5), a intempestividade e a apresentação em blocos também foram a tônica. O primeiro e segundo quadrimestres foram apresentados ao CES/BA, respectivamente, em 8 de novembro de 2018 (CES/BA, 2018b) e 2 de outubro de 2019 (CES/BA, 2019b), não obstante o regramento jurídico determinar que esses quadrimestres devam ser apresentados até o final dos meses de maio e de setembro do ano em curso.

Observa-se ainda que não foi localizado nas Atas registro referente ao terceiro quadrimestre dos anos de 2018 e 2019. Nesse contexto, o Conselheiro H, ao ser entrevistado, afirmou que houve as discussões dos quadrimestres já na lógica estabelecida pela “nova portaria”, referindo-se à Portaria nº 3.992/2017. Todavia, chamou atenção para o quadro reduzindo de funcionários do CES/BA que impactou na elaboração das Atas das reuniões do colegiado que ficaram represadas. Esclareceu que o Conselho, no ano de 2018, avaliou e aprovou todos os quadrimestres, contudo, as Atas ainda não foram produzidas, assim como a Resolução. Entretanto, isso não ocorreu no ano de 2019, em face de a política do conselho estar inteiramente voltada para o seu processo eleitoral. Ao ser questionado sobre se houve penalidade quanto ao repasse dos recursos federais em virtude do descumprimento da legislação, afirmou que não. Ressaltou que não recorda de haver corte de recursos por desobediência a legislação em nenhum ente da federação. A Ata também aponta (CES/BA, 2017c) que houve um esforço da gestão quanto ao cumprimento da legislação. No entanto, tal intento não foi alcançado em desacordo como o que determina o art. 41 da Lei Complementar nº 141/2012, abaixo destacado:

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. (BRASIL, 2012a)

Nessa direção, o Conselheiro II, ao ser entrevistado, afirmou que, muitas vezes, a gestão acumulava os instrumentos de prestação de contas, o que não é legal e não

é correto: “O RDQA não precisa ser aprovado, ele tem que ser analisado”. A Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a) reza que os conselhos devem avaliar esses instrumentos a cada quadrimestre e apontar as medidas de correções que se façam necessárias

Sobre o tema, o Conselheiro H pontuou sobre o atraso no envio do RDQA e do RAG ao afirmar: “estavam no mês de novembro e significava que 2018 deram uma acelerada. Estavam discutindo o quadrimestre de janeiro a agosto, analisando e observando e iria para a leitura do RAG.” Pontuou que, no ano de 2019, poderia ser feito um pacto coletivo no intuito que os instrumentos de saúde chegassem a tempo de serem discutidos e recomendados. Nesse sentido, destacamos abaixo a visão de outro Conselheiro:

[...] não estavam ali somente para criticar, afirmou que houve melhoria; um avanço, ainda que não fosse o ideal, no processo de construção. Era algo que estavam tentando fazer. Mas do que era nos anos passados o Conselho, pelo menos já estava tomando pé da situação. O que constituía em um avanço comparando com o que era antes. (Conselheiro L)

4.2.1.5 Relatório Anual de Gestão

O RAG é o instrumento que comprova a aplicação dos recursos destinados às ASPs. Por meio dele, o Gestor do SUS apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS quanto as diretrizes, objetivos e indicadores do PS e orienta eventuais redirecionamentos que se façam necessário no PS. O RAG deve ser enviado pelo gestor do SUS para apreciação do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução financeira, conforme determina o art. 36, § 1º da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a).

As Atas (CES/BA, 2018a; CES/BA, 2018b) apontam a intempestividade no envio ao CES/BA do RAG do período de 2016 a 2019. O RAG de 2016 foi enviado ao CES/BA no dia 30 de agosto de 2017, em detrimento de a legislação determinar a obrigatoriedade do envio até o dia 30 de março do ano seguinte da execução financeira.

A aprovação pelo pleno só ocorreu no dia 4 de outubro de 2018 na 29ª Reunião Extraordinária do Conselho de Saúde, 14 meses após apresentação do RAG no CES/BA (CES/BA, 2016b; CES/BA, 2017d). As Atas também apontam a dificuldade de alguns conselheiros em analisar o RAG de 2016 em razão de os resultados

apresentados estarem embasados em informações parciais. Assim, destacamos um trecho da fala da Conselheira B sobre a dificuldade de analisar o RAG de 2016.

[...] a leitura da apresentação foi difícil porque os resultados apresentados foram parciais de 2016. Informaram que os resultados estariam concluídos em março de 2017, porém estava em agosto de 2017 e os dados não estavam atualizados, uma situação difícil para os conselheiros ter que analisar os dados parciais para tomar decisões. (Conselheira B)

Esse entendimento é compartilhado pelo Conselheiro K ao enfatizar a dificuldade para analisar o RAG de 2016 sem os dados atualizado. Porém, ressaltou que as informações apresentadas pela APG foram com base nas informações disponibilizadas pelo sistema naquele momento.

O RAG do ano de 2017 foi apresentado ao CES/BA no dia 17 de agosto de 2018 na Ata 257 da Reunião Ordinária do Conselho de Saúde e aprovado pelo pleno no dia 31 de janeiro de 2019, cinco meses após sua apresentação ao pleno (CES/BA, 2019a).

Situação semelhante ocorreu com o RAG de 2018: este foi apresentado ao CES/BA no dia 2 de outubro de 2018 na Ata da 28ª Reunião Extraordinária do Conselho de Saúde e aprovado com ressalva pelo pleno no dia 6 de dezembro de 2019, 14 meses após ser apresentado, conforme visto na Ata 227 (CES/BA, 2019b).

Vale salientar a aprovação do instrumento em Reunião Extraordinária em detrimento do prazo estabelecido pela legislação para o envio do RAG aos Conselhos de Saúde. Observa-se ainda a aprovação do RAG pelo pleno com ressalvas. Nesse entendimento, o Conselheiro II destaca que a maioria dos Conselhos estaduais e municipais de saúde aprova os RAG com ressalvas; porém, nenhuma gestão cumpre as medidas corretivas apontadas pelos Conselhos de Saúde. Afirma a necessidade de o CES/BA promover um debate com a comissão de orçamento e financiamento, apontando as medidas corretivas que se fazem necessárias; entretanto, isso não ocorre. Observa que os Conselhos, ao não cumprirem com suas atribuições legais, acabam caminhando na ilegalidade.

Quanto ao RAG 2019, não foi localizado, nas Atas disponibilizadas, o encaminhamento do instrumento para análise do colegiado; situação ratificada pela declaração do Conselheiro I ao afirmar que o ano de 2019 está todo em aberto em virtude da política do conselho que se encontra inteiramente voltada para o processo

eleitoral. Nesse sentido, o Conselheiro II, ao ser entrevistado, afirmou que, no ano de 2019, o CES/BA já sofre a interferência sobre a proliferação das discussões das próximas eleições que deveriam ocorrer sem 2020, o que pode ter interferido na ausência de discussão dos instrumentos de planejamento.

É importante observar que a intempestividade na apresentação dos Relatórios de Gestão compromete a apuração dos resultados das metas e os resultados efetivamente alcançados com a execução da PAS, o que inviabiliza a possibilidade de possíveis redirecionamentos que se fizerem necessários no PS e na PAS dos anos seguintes. Observa-se que esses instrumentos não cumprem apenas as exigências impostas pela legislação, mas também são fundamentais para o aperfeiçoamento da gestão e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, na medida em que orientam as ações do gestor do SUS.

Assim, destaca-se abaixo a fala de membro do Conselho

[...] relatório vai servir simplesmente como indicador para que no próximo ano não aconteça à mesma coisa que aconteceu no ano de 2018, o que era impossível, porque o parecer do ano de 2018 estava sendo aprovado no final do ano de 2019, comprometendo a possibilidade de realizar mudanças do rumo. Mencionou que estava em outubro de 2019, discutindo ainda 2018, seria muito difícil mudar a realidade de 2018 e parte do segundo semestre de 2019 estava comprometido, e não teria como realizar mudanças estruturantes naquilo que não foi concordado ou poderia sugerir e não foi feito em tempo oportuno (Conselheiro H)

Observa-se que a análise dos Instrumentos de Planejamento deixa latente a necessidade do gestor de saúde de realizar periodicamente o monitoramento, a avaliação e a fiscalização desses instrumentos de forma a cumprir os compromissos estabelecidos no PES e, dessa forma, alcançar a eficiência, a eficácia e a efetividade das políticas de saúde estabelecidas pelo Estado. Neste sentido destacamos o entendimento de Teles e colaboradores (2020) ao afirmarem que os entes federados devem realizar, periodicamente o monitoramento e a avaliação das ações definidas no planejamento visando impedir que as exigências impostas pela sociedade se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de capacitar os membros do CES/BA quanto aos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG), para superar as fragilidades dos Conselheiros quanto ao monitoramento, avaliação e fiscalização destes instrumentos, sobretudo, quanto aos aspectos financeiros.

4.2.2 Consonância entre os Instrumentos de Saúde e os Instrumentos de Governo

A Portaria Federal nº 2.135/2013 (BRASIL, 2013) estabelece a compatibilização dos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG) e os Instrumentos de Planejamento de Governo (PPA, LDO, LOA); consonância necessária para viabilizar o financiamento das ações previstas no planejamento. Para tanto, a normativa determina que o PS deve nortear a elaboração do planejamento e o orçamento do governo no que diz respeito à saúde.

No entanto, conforme afirmado anteriormente, a Ata 226 (CES/BA, 2015b) revela que o PPA e a LDO foram aprovados pela Assembleia Legislativa antes de serem apreciadas pelo CES/BA, contrariando a pretensão do legislador de que o Conselho de Saúde deve atuar na “formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2013); e o PS, o norteador da elaboração das Políticas Públicas de Saúde do governo. Nessa orientação, Vieira (2008) destaca a necessidade de regulamentar os prazos para elaboração dos instrumentos de gestão do SUS, adequando-os aos prazos já definidos no âmbito federal para os instrumentos de planejamento e orçamento (PPA, LDO, LOA).

A situação posta é compatível com as declarações do Conselheiro I ao afirmar, em entrevista, que a consonância dos instrumentos de planejamento e de governo só existe quando o Conselho avalia e adequa o que foi aprovado. Considera que o correto era o Conselho não aprovar o PPA e pedir a devolução do PES. Entende que “quando o PPA já vem aprovado para o conselho acaba comprometendo todos os outros instrumentos, porque se faz necessário um instrumento orientador de tudo”.

Sobre essa questão o Conselheiro II informou que não tinha condições de avaliar como ocorreu o processo de elaboração desses instrumentos em virtude de não ter vivenciado o processo. Porém, afirmou que, não obstante o PPA subsidiar planos de saúde seja nacional, estadual ou municipal, muitas vezes, já vem com delimitações de prioridades da gestão. Segundo o Conselheiro, normalmente, o CES/BA é avisado sobre o PPA e a LDO, em um tempo muito exíguo de se inscreverem para participar do processo de debate. Quem participa, habitualmente, desses momentos são as áreas técnicas de gestão da SESAB, ou pessoas ligadas, geralmente, a questões político-partidárias que ficam sabendo, de antemão, da

agenda; porém, o conjunto de conselheiros, principalmente os dos segmentos dos movimentos sociais, não ficam a par do processo construtivo a tempo de contribuir. Pondera que a grande questão do CES/BA é que boa parte de Conselheiros e Conselheiras não possui qualificação técnica necessária na área orçamentaria e financeira para discutir sobre esse instrumento.

Convém pontuar que, não obstante a situação posta pelos entrevistados, para que a determinação da Portaria nº 2.135/2013 (BRASIL, 2013) seja cumprida, faz-se necessário haver um alinhamento entre o período de realização da Conferência e o prazo estabelecido pelo legislador para o envio do PPA à Casa Legislativa de forma a permitir que as diretrizes propostas na Conferência possam embasar o PS, e esse, a elaboração dos instrumentos de planejamento do governo (PPA, LDO, LOA).

Nesse contexto, o Conselheiro D ressalta que os instrumentos de planejamento estão sendo encaminhados ao CES/BA já definidos; e eles, enquanto Conselheiros, estão ali para participar do processo de elaboração das políticas de saúde do Estado, e não apenas para tomar conhecimento.

As falas a seguir refletem bem o momento vivenciado pelo CES/BA.

[...] estamos com uma pauta que é muito importante, mas perdemos o time na questão do Plano Plurianual (PPA), o PPA já foi aprovado na Assembleia Legislativa se os conselheiros não sabiam fiquem sabendo, a Lei Orçamentária Anual (LOA) também já foi aprovada, ou seja, nenhuma proposta que foi votada e aprovada pelos delegados da 9ª Conferência Estadual de Saúde irá fazer parte das políticas públicas de saúde do estado da Bahia, porque não se esperou fazer o adensamento das propostas. Hoje participarei das discussões, mas com o sentimento que é um grande faz de conta somente para protocolar que estamos aqui registrando o que passou no CES, mas que não tivemos e nem terá nenhum tipo de influência. (Conselheiro H)

[...] achava que o CES era forte, mas o que temos vivido aqui é um franco desrespeito a este CES, porque várias vezes já pedi a programação anual de saúde, inclusive consta em ata, temos cobrado o Plano Estadual de Saúde e o prazo já foi esclarecido não é março, março é o limite tem um processo a ser desenvolvido e com a nossa participação que não vem acontecendo e assim aconteceu com o PPA, também é preciso que os conselheiros tenham clareza disso, porque cobramos e não vem e fica por isso mesmo, é lamentável isso demonstrar a nossa fragilidade, nossa vulnerabilidade, a gestão não nos considera isso é fato. A gestão estadual não nos considera quem tem que apresentar a Programação Anual do ano de 2015 e estamos em novembro e ainda não chegou. Quem tem que se envolver na elaboração do Plano Estadual de Saúde é a gestão estadual e não nos envolveu. (Conselheira B)

O CES tinha que ser respeitados e ter mais participação. Votaria pela reprovação do PPA para que fosse discutido e que pudessem modificar alguma coisa, devia isso a cada conselheiro ali presente, aos delegados que tinham vindo das conferências, aos 417 municípios que realizaram conferências e que acreditavam que as suas propostas iriam para algum

lugar. Pontuou que o conselho não é figurativo e sim deliberativo e deliberar era decidir e não assistir as decisões sendo tomadas. (Conselheiro H)

A visão dos Conselheiros encontra respaldo nos estudos de Silva, Jaccoud e Benhin (2005) ao afirmar que o colegiado tem entre suas atribuições a formulação de normas de estruturação da política social à qual estão vinculados, bem como de seus programas e ações, influenciando na normativa do Executivo, além de exercerem competências que irão induzir diretamente sobre o financiamento das políticas, debatendo e deliberando sobre os recursos públicos critérios de repasses e os dispêndios com serviços. Entretanto, Stotz (2006) chama atenção para o fato de que os Conselhos de Saúde, na sua maioria, não atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, sobretudo em razão dessas atribuições serem, comumente, realizadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

O entendimento acima contradiz a afirmação de Costa e Vieira (2013) quando sustentam que o Estado, ao institucionalizar a participação social, criou uma dinâmica de democratização tornando-o mais permeável à ação da sociedade. Nesse contexto, Rolim, Cruz e Sampaio (2013) consideram que o Controle Social, além de implantar mecanismos que reduzem, eliminam ou previnem desperdícios, desvios e malversações dos recursos públicos, busca assegurar que os gestores públicos se comprometam com a criação e a implementação de programas, projetos, ações e serviços de saúde. Para eles, o controle, além do propósito de vigilância e responsabilização, busca o alcance da efetividade e do compromisso com a coisa pública.

4.2.3 Comportamento do CES/BA perante a Portaria Federal nº 3.992/2017

A análise das Atas e do conteúdo das entrevistas aponta o comportamento do CES/BA antes e após a publicação da Portaria nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017).

As Atas do ano de 2017, antes da publicação dessa portaria, trazem a preocupação de membro do conselho com a possibilidade da nova portaria, denominada SUS Legal, então em tramitação na CIT, ser aprovada pelo MS a qualquer momento. O Conselheiro chama a atenção dos membros do colegiado para a necessidade de ficarem atentos, pois a nova normativa iria alterar as regras do financiamento das ASPS. Frisou a necessidade do colegiado de aprovar

tempestivamente a PAS 2017, para garantir o financiamento das ações previstas para o ano de 2018. Pontuou, ainda, a importância da nova proposta ser discutida pelo Governador e pelo Secretário de Saúde do Estado considerando a mudança na forma de financiamento da saúde dos entes subnacionais (CES/BA, 2017a).

Observa-se, no entanto, que, nos anos de 2018 e 2019, após publicação da portaria, as Atas do CES/BA não registraram nenhum debate do colegiado quanto à necessidade de fortalecimento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RG), não obstante essas ferramentas serem basilares para implementar e consolidar o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS, conforme pontuam Pereira e colaboradores (2018).

Na visão de Mendes (2017), para viabilizar a flexibilidade dos repasses, é necessária a construção de critérios de rateio bem definidos e embasados na lei, tendo em vista a exigência de prevenir possíveis pressões do mercado. Tal sentimento é compartilhado por Funcia (2018) ao chamar a atenção para a importância dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo de aprimorem os instrumentos de planejamento, visando fiscalizar, monitorar e avaliar a execução das despesas com as ASPS. Esse entendimento também é compartilhado pelo presidente do CONASEMS ao afirmar em manifesto em defesa do SUS que os recursos repassados pelo MS em conta financeira única, ao não permitir que haja transferências entre contas, asseguram que os recursos sejam utilizados apenas no custeio das ações previstas no plano, entendimento que reforça a necessidade do planejamento (CONASEMES, 2017).

No entanto, tanto as atas quanto as entrevistas não ratificam as afirmações dos autores citados quanto ao aprimoramento dos Instrumentos de Planejamento em Saúde.

Em entrevista, o Conselheiro I informou acreditar que a nova portaria deixou o Conselho mais confuso. Pontuou que os membros do CES/BA não foram capacitados sobre a nova normativa para entender como a nova Portaria funcionaria na prática. Considera que a normativa anterior facilitava a identificação do orçamento e o montante destinado a cada programa. Em sua opinião, com a nova portaria, ficou muito confuso, difícil de identificar e avaliar as contas a partir dos indicadores. Salientou que, muitas vezes, os Conselheiros não compreendem o que está sendo

discutido. Além disso, mesmo compreendendo, têm dificuldade de identificar onde está cada rubrica, qual foi a mudança e o porquê da mudança. Essa realidade prejudica a forma de fazer Controle Social. Citou ainda os sucateamentos nos investimentos do Conselho e a ausência de assessoria para acompanhar as inovações trazidas pela normativa, fatores que, no seu entendimento, contribuem para precarizar a avaliação dos recursos pelo CES/BA. Afirmou que, do ponto de vista do Conselho, a nova normativa ampliou as dificuldades do colegiado, que ainda continua discutindo os instrumentos de planejamento como se não tivesse havido mudanças. “Então fica aquela briga de gato e rato de dizer cadê isso que estava aqui? Onde colocou? Não aparece mais.”.

Há então uma tarefa muito grande de qualificar o conselho, prover uma capacitação para os conselheiros para que possam cumprir mais esse desafio.

Nesse sentido, o Conselheiro II informou que o CNS se posicionou sobre a portaria logo no início de 2018. Considera que o interesse dos gestores estaduais e municipais pela portaria tem a ver com o poder de barganha com a União para que o repasse viesse facilitado. Afirmou que a portaria é colocada no plano local tanto nos estados como nos municípios, como se fosse dado um poder a gestão de executar os recursos da maneira que quisesse; no entanto, o objetivo da portaria não é esse, até porque é uma normativa que trata de repasse, e não de execução. Chamou atenção para o fato de as pessoas acreditarem que a execução ficou restrita apenas a custeio e investimento, entretanto, os seis blocos de financiamento continuam existindo. Ratificou o entendimento do Conselheiro I ao afirmar que o baixo impacto da portaria sobre o Controle Social ocorre em virtude da ausência de qualificação dos Conselheiros sobre a nova normativa. Enquanto Conselheiro, ponderou sobre a necessidade de discutir a portaria por meio de um amplo debate, para que houvesse o entendimento técnico político do CES/BA, e não o entendimento da gestão. No entanto, não soube informar se o CES/BA realizou o debate e quais os efeitos dele sobre o colegiado. Ressaltou, entretanto, que o CNS deliberou sobre a portaria, orientando os conselhos estaduais e municipais. Os instrumentos foram aprovados pelo CNS e encaminhados aos CES e CMS de todo o Brasil, portanto, eles não podem alegar que desconhecem as deliberações do CNS sobre a nova normativa.

O Quadro 6 apresenta os cumprimentos dos prazos pelo gestor de saúde dos Instrumentos de Planejamento em Saúde no período de 2016 a 2019.

Quadro 6 – Cumprimento dos prazos pelo Gestor de Saúde quanto aos Instrumentos de Planejamento

Instrumentos de Planejamento	Período – 2016 a 2019			
	2016	2017	2018	2019
* PS	Não			
PAS	Não	Sim	Sim	Sim
RDQA	Não	(**)	Não	Não
RAG	Não	Não	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

(*) PS/PAS prazo quadrienal

(**) informação não localizada nas Atas analisadas.

Conforme acima destacado, à exceção do PAS de 2017 a 2019, os prazos legais para envio dos instrumentos de planejamento para deliberação do CES/BA não foram cumpridos pelo Gestor de Saúde do estado da Bahia, o que ratifica a fala dos Conselheiros destacadas nesta dissertação quanto ao descaso do Gestor de Saúde na condução do CES/BA enquanto Controle Social do SUS. Essa atitude descaracteriza a função deliberativa, atribuída aos colegiados pelo legislador, de atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle das políticas de saúde conforme determina a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b).

É importante salientar que, não obstante a importância adquirida por esses instrumentos após o advento da nova portaria, quando comparado o comportamento do CES/BA antes e após a normativa, verifica-se que a postura do colegiado quanto ao monitoramento, à avaliação e à fiscalização desses instrumentos piorou no período pós-portaria (2018-2019). Isso demonstra a pouca influência da normativa no controle da política de saúde do estado da Bahia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral verificar o Controle Social exercido pelo CES/BA durante os anos de 2016 a 2019, quanto a elaboração, monitoramento, avaliação e fiscalização dos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RAG), tendo em vista o protagonismo e a relevância adquirida por esses Instrumentos, após o advento da Portaria nº 3.992/2017, que alterou a forma de repasse dos recursos destinados ao custeio das ASPS pelo MS aos entes subnacionais. O estudo buscou compreender se houve ou não alteração na forma de atuação do colegiado após a publicação da Portaria.

Para tanto, foi definida a seguinte questão de pesquisa: **quais os efeitos trazidos pela Portaria Federal nº 3.992/2017 sobre o Controle Social exercido pelo CES/BA no que se refere aos Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG)?**

O estudo aponta o desalinhamento entre o período de realização da 9ª CONFERES (9 de outubro de 2015) e o encaminhamento do PPA à Casa Legislativa (31 de agosto de 2015), o que sugere que as diretrizes propostas na 9ª CONFERES não foram contempladas no PPA. Observa-se que a Lei Orgânica da Saúde determina que a elaboração da proposta orçamentária do SUS deve estar em conformidade com o PS; entretanto, tal fato não ocorreu, haja vista que a elaboração e a aprovação do PES pelo CES/BA ocorreu de forma pretérita à elaboração do PPA, conforme apontam os documentos analisados; situação que contraria a pretensão do legislador de que o PS seja o norteador da elaboração do orçamento de forma a viabilizar o cumprimento dos compromissos estabelecidos no PES.

O cenário posto também contraria a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a) que determina que o PS deve ser elaborado no primeiro ano de governo para execução no ano seguinte; no entanto, as análises das Atas registram a intempestividade na elaboração do instrumento que só foi encaminhado para apreciação do CES/BA em 15 de dezembro de 2016, o que deixa latente a ausência de consonância entre os Instrumentos de Planejamento de Governo e os Instrumentos de Planejamento em Saúde. É importante salientar que, conforme apontado nesta dissertação, os compromissos estabelecidos no PES 2016-2019 coadunam com os programas propostos no PPA do Governo do estado da Bahia referentes ao

quadriênio 2016-2019 (BRASIL, 2016), o que sugere que o PES foi construído com base nos programas definidos no PPA, e não ao contrário como determina a legislação.

A pesquisa revela a incipiente participação do colegiado na definição e construção das políticas de saúde, demonstrando grande fragilidade no Controle Social exercido. A elaboração do PES foi realizada basicamente pela Assessoria de Planejamento e Gestão, pela Rede de Planejamento Monitoramento e Avaliação e equipes técnicas de distintas áreas da SESAB; na contramão do que prevê a Lei Federal nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), de que o Conselho de Saúde deve atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Tal situação é ratificada por Conselheiro em entrevista ao afirmar que a participação do CES/BA na formulação das Políticas Públicas de Saúde ficou restrita aos Conselheiros que compõem a Comissão de Orçamento e Finanças; porém o conteúdo das reuniões não foi devidamente compartilhado e discutidos pelo colegiado. As entrevistas, também revelaram que a maior parte das estratégias das políticas de saúde encaminhadas pela gestão chegavam ao CES/BA já definidas, subestimando a capacidade contributiva dos Conselheiros de propor e apresentar alternativas que traduzam os interesses e aspirações da comunidade, além de desconsiderar o papel deliberativo originalmente atribuído pelo legislador aos Conselhos de Saúde de formulação, proposição de estratégias e controle da execução das políticas de saúde.

Quanto ao comportamento do colegiado perante o advento da Portaria nº 3.992/2017, o estudo aponta que, quando se compara a atuação do CES/BA no biênio 2016-2017, antes da portaria, com o comportamento no biênio 2018-2019, pós-portaria, observa-se que a nova normativa não repercutiu de forma favorável na atuação do colegiado. Ao contrário do esperado, a participação do colegiado no biênio 2016-2017 mostrou-se muito superior à participação no biênio 2018-2019, o que sugere que a nova normativa não foi divulgada e debatida pelo pleno, e os Conselheiros devidamente capacitados quanto ao conteúdo da portaria e cientificados sobre o impacto e relevância desta sobre os instrumentos de planejamento do SUS.

É importante salientar que, embora a capacitação do colegiado seja obrigação da gestão, não se pode atribuir essa responsabilidade apenas a ela. É necessário que os Conselheiros, como legítimos representantes do Controle Social da Saúde,

comprometam-se e envidem esforços no sentido de buscar alternativa para melhor se apropriar sobre as mudanças trazidas pela nova normativa – haja vista que o CNS deliberou sobre a nova portaria e disponibilizou o seu conteúdo para os conselhos estaduais e municipais de todo o Brasil.

Com relação aos obstáculos enfrentados pelo CES/BA quanto ao gestor público, enquanto Controle Social, o estudo revela as dificuldades para realizar a 9ª CONFERES, sobretudo, pela ausência de apoio da gestão. O descumprimento, por parte do Gestor de Saúde, dos prazos estabelecidos pelo legislador para envio dos instrumentos de planejamento para apreciação e discussão do CES/BA impactando diretamente na tempestividade da aprovação desses instrumentos e, conseqüentemente, no cumprimento da legalidade e das prerrogativas do CES/BA enquanto Controle Social do SUS de fiscalizar, monitorar e avaliar as prestações de contas do Estado. O estudo ainda aponta a existência de cooptação no interior do CES/BA pelo Gestor de Saúde, comportamento que tende a influenciar negativamente nas decisões do colegiado e aponta para a prática de políticas partidária na arena de discussão.

Outros prontos merecedores de destaque revelados pela pesquisa referem-se a:

- Dificuldade do colegiado em monitorar e identificar os programas relacionados com os compromissos estabelecidos na PAS em razão da opção do gestor de apresentar os compromissos em um nível muito agregado; a ausência de transparência das informações; e a baixa capacitação técnicas dos conselheiros, sobretudo quanto aos aspectos orçamentários e financeiros que, em razão da sua especificidade, dificultam a análise da PAS e, por conseguinte, o cumprimento das metas estabelecidas no PES. Isso favorece a prática dos Conselheiros de aprovar o instrumento, sem a devida análise, por receio de prejudicar o processo de financiamento das políticas de saúde e contribui para enfraquecer o poder deliberativo do colegiado, situação que reforça a necessidade da gestão de promover ampla capacitação de seus Conselheiros, visando reduzir as desigualdades entres os seus membros.
- Existência de interesses antagônicos no interior do colegiado, contribuindo para a existência de um clima de desagregação ao invés de união e negociações em torno dos interesses dos segmentos ali representados.

No que concerne ao pressuposto, ele não foi validado, considerando que o identificado na pesquisa é que o comportamento do Controle Social do CES/BA após o advento da portaria retrocedeu, como se pode observar nos resultados apresentados no item 4.

Diante das situações apresentadas, conclui-se que os obstáculos enfrentados no cotidiano do CES/BA, aliados à falta de apoio da gestão no sentido de divulgar e promover o debate sobre o conteúdo da nova normativa – bem como de conscientizar o colegiado sobre a importância e a relevância dos Instrumentos de Planejamento na elaboração, monitoramento, avaliação e fiscalização dos recursos destinados às ASPS –, contribuíram para que as determinações estabelecidas na Portaria nº 3.392/2017 não fossem efetivadas nos anos de 2018 e 2019.

5.1 RECOMENDAÇÃO APÓS ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados da pesquisa aponta diversos problemas que impactaram de forma negativa no desempenho e na efetividade dos CES/BA. A seguir, destacamos os mais relevantes e as recomendações de como melhorar.

- Descompasso entre o período da elaboração do PES e do PPA: alinhar o período de realização da Conferência de Saúde ao prazo estabelecido na Portaria nº 2.135/2013 para o envio do PPA à Casa Legislativa, evitando assim o descompasso entre o período de elaboração do PES e o da elaboração do PPA, que resultou na sobreposição da elaboração do PPA em detrimento do PES;
- Incipiente participação do CES/BA na construção do PES: promover amplo debate durante todo o processo de construção do instrumento, visando dar maior clareza e transparências aos Programas, Compromissos, Metas e Indicadores estabelecidos no PES, tornando o monitoramento e a avaliação do CES/BA mais efetivos.
- Pouca capacidade de inovação das políticas públicas: estimular a capacidade deliberativa do CES/BA, prejudicada, sobretudo, em razão da centralidade na elaboração da pauta, da incipiente capacitação do colegiado, da diversidade de interesses e da manipulação por parte da gestão;

- Baixo conhecimento do colegiado: qualificar o colegiado tendo em vista a complexidade das atividades desenvolvidas no desempenho do Controle Social, visando torná-lo apto para executar as funções que lhe são atribuídas.

5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como limitação principal a baixa adesão dos membros do CES/BA às entrevistas. Foram enviados convites a doze membros do colegiado que, em algum momento, integraram o CES/BA no período pesquisado. Entretanto, apenas três conselheiros se dispuseram a participar, o que limitou a escutada de diferentes visões. Observa-se que a não concretização da entrevista com o Presidente do CES/BA também privou a pesquisadora de obter informações importantes sobre o desempenho do colegiado tendo em vista que este presidiu o CES/BA por mais de um mandato. O convite foi encaminhado, aceito, a entrevista foi agendada; entretanto, por motivos alheios à vontade da pesquisadora, o evento não ocorreu.

Outra limitação considerável refere-se à impossibilidade de verificar os resultados na 9ª CONFERES em virtude de o Relatório Final da Conferência, até o final deste estudo, ainda não ter sido apreciado pelo pleno do CES/BA.

Por fim, apontamos a incipiente discussão, nas reuniões do pleno, a respeito da nova portaria, bem como a ausência de informações no ano de 2019 sobre os Instrumentos de Planejamento em Saúde em virtude das interferências sofridas pelo CES/BA com a proximidade das eleições que iriam ocorrer no ano de 2020, o que culminou no descumprimento da legislação.

5.3 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Tendo em conta que as mudanças trazidas pela Portaria nº 3.992/2017 são algo novo e que ainda restam muitos questionamentos a serem respondidos, considerando que seus efeitos só repercutiram no objeto pesquisado sobre os anos de 2018 e 2019, atentando para o incipiente desempenho do CES/BA sobre os instrumentos de planejamento no ano de 2019; é premente estender o objeto pesquisado a anos posteriores, na busca de respostas efetivas sobre o impacto da

nova normativa na formulação, monitoramento e fiscalização das Políticas Públicas de Saúde do estado da Bahia. Acredita-se que o aprofundamento do estudo permitirá verificar o reflexo trazido pela nova portaria nas políticas de saúde do estado e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população. Entende-se, também, serem relevantes pesquisas que analisem o papel deliberativo dos Conselhos de argumentar, harmonizar e propor soluções para tornar mais eficiente e eficaz a saúde pública do estado; sobre a necessidade de qualificação técnica do colegiado quanto aos aspectos orçamentários e financeiros para melhor desempenho das suas funções; e acerca da existência de possíveis influências político-partidárias coexistindo no fórum.

Observa-se ainda a necessidade de pesquisas adicionais tendo como dados complementares os relatórios da 9ª CONFERES, buscando verificar se as diretrizes acordadas no fórum foram utilizadas como parâmetro para a construção dos compromissos estabelecidos no PES e nas metas propostas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcos Felipe Lopes de; ROSA, Waleska Marcy. A erosão da participação social institucionalizada em tempos de crise da democracia liberal: a reformulação do conselho nacional de combate à discriminação. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, Juiz de Fora, Ahead of Print, p. 2-20, 9 nov. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17808/des.0.1367>. Acesso em: 15 abr.2020
- BAHIA. Lei nº 12.053, de 07 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a estrutura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 8 e 9 jan. 2011. Poder Executivo, p. 4. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/portalcges/images/stories/arquivos/Downloads/Estrutura_CES_lei_12053_07_01_2011.pdf. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 3, p. 23-123, 3 out. 2016.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 183-193.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Seção 1 – Extra, p. 5.
- 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm05 15 abr. 2019
- 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. 1.
- 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, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 dez. 2003. Seção 1, p. 57.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Elaborada em 12 de setembro de 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 6 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção 1, p. 60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2017. Seção 1 – Extra, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 76 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 8)

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Técnica de entrevista para auditorias**. Brasília: TCU, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; CORREIA Maria Valéria Costa. Desafios do Controle Social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

CHAGAS, Magda de Souza, *et al.* **Planejamento e Gestão** (Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde). Niterói: UFF, 2016. (Coordenação de Educação a Distância – CeadUff).

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Extraordinária 30**. Salvador: CES/BA, novembro de 2018a.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 221.**
Salvador: CES/BA, maio de 2015a.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 226.**
Salvador: CES/BA, dezembro de 2015b.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 228.**
Salvador: CES/BA, fevereiro de 2016a.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 229.**
Salvador: CES/BA, março de 2016b.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 232.**
Salvador: CES/BA, agosto de 2016c.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 236.**
Salvador: CES/BA, dezembro de 2016d.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 237.**
Salvador: CES/BA, janeiro de 2017a.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 239.**
Salvador: CES/BA, março de 2017b.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 243.**
Salvador: CES/BA, julho de 2017c.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 244.**
Salvador: CES/BA, agosto de 2017d.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 246.**
Salvador: CES/BA, outubro de 2017e.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 247.**
Salvador: CES/BA, dezembro de 2017f.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 255.**
Salvador: CES/BA, novembro de 2018b.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 257.**
Salvador: CES/BA, janeiro de 2019a.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Ata de Reunião Ordinária 266.**
Salvador: CES/BA, outubro de 2019b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manifesto Conasems em defesa do Sistema Único de Saúde:** caixa único. Brasília: CONASEMS, 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. *In:* MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-138. v. 1.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, 162 p. ISBN: 978-85-7541-522-1. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qycmp/epub/correia-978575415221.epub>. Acesso em: 05 set.2020

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e Controle Social em saúde. *In*: COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. **Participação e Controle Social em saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. p. 237-271.

FLICK, Uwe. **Introdução a Pesquisa Qualitativa**, 3. ed. Porto Alegre: Boolman, 2009. 405p

FRANCO, Túlio Batista. **Políticas de Saúde** (Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde). Niterói: UFF, 2016. (Coordenação de Educação a Distância – CeadUff).

FUNCIA, Francisco Rosza. Flexibilização dos critérios de transferências de recursos fundo a fundo no âmbito do SUS: notas para debate. **Domingueira da Saúde**, Campinas, SP, n. 13, jul. 2017.

FUNCIA, Francisco Rosza. Mudança do critério de transferência financeira fundo a fundo a partir de 2018. **Domingueira da Saúde**, Campinas, SP, n. 2. jan. 2018. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/2018-domingueira-da-saude>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GIACOBO, Mauro. O desafio da implementação do planejamento estratégico nas organizações públicas **Revista do TCU**, Brasília, 74, v. 28, n. 74, p. 73-107, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2002. 173 p.

GURGEL, Claudio; JUSTEN, Agatha. Controle Social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 42, v. 2, p. 358-369, mar./abr. 2013.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Autonomia, Integralidade e Desafios de Coordenação no SUS. *In*: JACCOUD, Luciana (org.). **Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 53-80.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; Teixeira, Carmen Fontes. Planejamento Estadual em Saúde: o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *In*: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.) **Planejamento em Saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba, 2010. p. 95-116.

KLEBA, Maria Elisabeth *et al.* O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010.

KOLODY, Andressa; ROSA, Carla Buhner Salles; LUIZ, Danuta S. C. Relações entre Estado e Sociedade Civil: reflexões sobre perspectivas democráticas. **Aurora**, [s. l], v. 5, n. 8, p. 34-48, ago. 2011.

LIMA, Paula Pompeu Fiuza *et al.* Conselhos Nacionais: elementos constitutivos para sua institucionalização: mensurando a institucionalização dos conselhos. **Texto Para Discussão 1951**, Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, abr. 2014.

MENDES, Áquilas. **Entrevista**: “O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos”. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 12 fev. 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-faltade-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, participação e Controle Social**: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. 2010. 194 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, Maria Cecília S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul/set 1993.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle Social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2337, 2013.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. A extinção de conselhos e fóruns participativos pelo Decreto n. 9.759/19: Enfraquecimento da Democracia Participativa e Desdemocratização da Administração Federal. **Revista Digital de Direito Administrativo**, São Paulo, SP, v. 7, n. 2, p. 60-79, 2020.

PARENTE, José Reginaldo Feijão. Planejamento Participativo em Saúde. **SANARE**, Sobral, v. 10, n. 1, p. 54-61, jan./jun. 2011.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino *et al.* Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 1-7, 2018.

RIVEIRA, Francisco Javier Uribe. A teoria do planejamento estratégico no setor social e da saúde à luz do agir comunicativo. *In*: RIVEIRA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 11-213.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. 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, mar. 2013.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do Controle Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, dez. 2006.

SILVA, Bela Feiman Sapiertein *et al.* A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, mar. 2015.

SILVA, Frederico Barbosa da; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. *In:* SILVA, Frederico Barbosa da; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie (org.). **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo Livro**. 2. ed. Brasília-DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2005. p. 373-407.

SOUZA, Patrícia Verônica Nunes Carvalho Sobral de; CARDOSO, Henrique Ribeiro. Participação popular e Controle Social: uma análise dos conselhos públicos à luz da teoria habermasiana. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte - MG, n. 11, p. 309-349, 20 fev. 2018.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do Controle Social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 149-160, maio/dez. 2006.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, p. 209-213, 2005.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.) **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: Edufba, 2010. 161 p.

TELES, Figueiredo Inês Dolores *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba-Mg, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

VAN STRALEN, Conelis Johanees *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do Controle Social em município de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa na Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília/Df, v. 1, n. 14, p. 1565-1577, 31 mar. 2018.

VILLA, Tereza Cristina Scatena; ASSIS, Marluce Maria Araújo. O Controle Social e a Democratização da Informação - Um Processo em Construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 376-382, mai./jun. 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014. 148 p.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Entidade que representa:

1. Há quanto tempo participa do CES/BA?
2. O CES/BA participa da formulação das estratégias das políticas de saúde do Estado?
3. De que forma o CES/BA definiu as diretrizes para elaboração do PES 2016-2019?
4. Na prática, como se deu essa definição?
5. De que forma?
6. As ações e programas definidos como prioridades de gestão pelo CES/BA foram contemplados no PES 2016-2019?
7. Existe articulação e consensos entre os conselheiros nas demandas de interesse coletivo?
8. Em sua opinião, o PES 2016-2019 traduz as aspirações e as reais necessidades da população?
9. Na prática, como é feito o monitoramento das ações estabelecidas na PAS, RDQA e RAG no quadriênio 2016-2019?
10. Os Instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS, RDQA, RAG) são discutidos e aprovados de acordo com os critérios e periodicidades estabelecidos na legislação?
11. Os Instrumentos de Governo (PPA, LDO, LOA) estão em consonância com os Instrumentos de Planejamento em Saúde (PES, PAS)?
12. Considera que as deliberações da plenária são acolhidas pelo Secretário de Saúde do Estado?

13. O Secretário de Saúde do Estado influencia nas deliberações do CES/BA?

14. Na sua opinião, como a Portaria Federal nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, impactou no comportamento do CES/BA no biênio 2018-2019? De que forma?