


Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional


Public Prosecutor's Office, Municipal Health Councils and practices of interinstitutional dialogue

Ilma de Paiva Pereira^a

 <https://orcid.org/0000-0003-3025-3968>


E-mail: ilmapp@uol.com.br

Cássius Guimarães Chai^b

 <https://orcid.org/0000-0001-5893-3901>


E-mail: cassiuschai@hotmail.com

Rosane da Silva Dias^a

 <https://orcid.org/0000-0001-6153-9104>


E-mail: rosanesdias@hotmail.com

Cristina Maria Douat Loyola^a

 <https://orcid.org/0000-0003-2824-6531>

E-mail: crisloyola@hotmail.com

Marcos Antônio Barbosa Pacheco^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3566-5462>

E-mail: mmmarco@terra.com.br

^aUniversidade Ceuma. São Luís, MA, Brasil.

^bUniversidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar o relacionamento entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), buscando refletir de que maneira aquela instituição pode contribuir para a efetividade do controle social exercido no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Maranhão. Foi utilizada metodologia qualitativa, dividida em pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Da pesquisa participaram promotores de justiça e conselheiros de saúde que atuam nos CMS de uma região de saúde naquele estado. Os resultados evidenciaram que o controle institucional no SUS realizado pelo Ministério Público do Maranhão é marcado por práticas frágeis e não uniformes, apesar das possibilidades, capacidades e atribuições conferidas pela Constituição Federal de 1988. Os CMS pesquisados apresentam deficiências e limitações conhecidas do Ministério Público, que ainda não orientou sua política institucional para o fortalecimento do controle social a partir do diálogo interinstitucional. A democratização e a efetivação da política de saúde nos municípios da região de saúde pesquisada dependem, entre outras coisas, do aprimoramento da interlocução entre o Ministério Público e os CMS, tendo o potencial de qualificar e fortalecer o controle social no SUS.

Palavras-chave: Ministério Público; Controle Social; Participação Popular; Conselhos Municipais de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Correspondência

Rosane da Silva Dias

Universidade Ceuma, Departamento de Pós-Graduação, Programa Mestrado Profissional em Gestão de Programas de Serviço de Saúde. Rua Josué Montello, 1, Renascença. São Luís, MA, Brasil. CEP 65000856.

Abstract

This study aims to analyze the relationship between the Public Prosecutor's Office and the Municipal Health Councils (CMS), reflecting on how that institution can contribute to the effectiveness of the social control exercised in the Brazilian Brazilian National Health System (SUS) in the state of Maranhão, Brazil. A qualitative method, divided into documentary research and semi-structured interviews, was used. Prosecutors and health counselors working directly with the CMS of a health region in that state participated in this study. Results showed the SUS institutional control carried out by the Public Prosecutor's Office in Maranhão is marked by fragile and irregular practices, despite the possibilities, capacities, and attributions granted by the 1988 Federal Constitution. The CMS researched showed deficiencies and limitations known to the Public Prosecutor's Office, which has not yet oriented its institutional policy to strengthen social control through interinstitutional dialogue. The democratization and implementation of health policies in the municipalities of the health region researched depend, among other things, on improving the interlocution between the Public Prosecutor's Office and the CMS. Such dialogue has the potential to qualify and strengthen social control in SUS.

Keywords: Public Prosecutors; Social Control; Popular Participation; Municipal Health Councils; Brazilian National Health System.

Introdução

A redemocratização do Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), moldou e fortaleceu o Ministério Público (MP) e disponibilizou mecanismos e políticas públicas participativas, estabelecendo espaços públicos de vocalização das demandas dos cidadãos (Ferreira, 2010). Essas três estruturas democráticas - MP, SUS e participação popular - foram fruto da mesma movimentação jurídica e ideológica, (re)nascida na Constituição Federal de 1988, e possuem forte inter-relação no discurso da defesa e efetivação dos direitos constitucionais.

Assume-se, por dicção constitucional, que cabe ao Ministério Público controlar políticas públicas e direitos sociais preconizados pela Constituição Federal e efetivar o direito à saúde e o direito à participação popular no SUS. Para a defesa da dignidade da pessoa humana e do regime democrático, é imperativo que o MP garanta a existência e o bom funcionamento dos mecanismos e instrumentos democráticos de poder, entre eles a participação popular (Lehmann, 2013).

Dentro da matriz do princípio participativo (Rawls, 2008), a participação popular foi reconhecida como um dos pilares do SUS, consagrada no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal (Brasil, 1988), e posteriormente regulamentada na legislação infraconstitucional por meio da Lei nº 8.142/1990, na forma do controle social. Ou seja, os setores organizados da sociedade civil participam da formulação de planos, programas e projetos, acompanham sua execução e alocam recursos, tendo como baliza o interesse da comunidade (Brasil, 1990). Esse marco legal estabeleceu as Conferências e os Conselhos de Saúde, espaços públicos qualificados de participação e controle social.

O Ministério Público tem buscado atuar em parceria com outras instituições públicas e privadas, aumentando as chances de conhecer melhor, técnica e socialmente, as realidades existentes (Rojas, 2012). A parceria institucional mais vocacionada à defesa do direito à saúde é aquela que se dá entre Ministério Público e Conselhos de Saúde, pois garante participação popular, fortalecimento do controle social e defesa da saúde coletiva, o que explica a relevância da estruturação e interação dessas duas instâncias de controle (Pereira et al., 2017).

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país, embora existam fatores que dificultam a democratização do processo decisório das políticas de saúde, mais organizado em municípios que apresentam uma sociedade civil mais mobilizada e acostumada à articulação política (Moreira; Escorel, 2009). Isso demonstra que a realização do direito à saúde é uma tarefa de mobilização social (Machado, 2006), ou seja, os Conselhos de Saúde só conseguem exercer efetivamente seu papel de instância democrática e deliberativa em ambientes onde os valores democráticos são respeitados e valorizados (Bispo Junior; Gerschman, 2013).

Todavia, com o evidente processo de desmobilização dos movimentos sociais na atualidade (Santana, 2011), a avaliação das bases e relações democráticas na política municipal de saúde demonstra que está havendo um retrocesso na prática participativa no setor, existindo obstáculos que vão desde a incredulidade do cidadão em relação à participação popular e o uso indevido do conhecimento técnico que dificulta a tímida participação social identificada (Batista; Melo, 2011) até a manipulação da composição dos CMS e a ingerência dos gestores no seu funcionamento (Ribeiro, 2008).

O espaço de diálogo entre Ministério Público e Conselhos de Saúde funda um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático, instituindo novas formas e mecanismos de pactuação entre as diferentes esferas do poder público e sua relação com a sociedade (Machado, 2006). Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo analisar a atuação do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos CMS, a partir da articulação interinstitucional, e descrever o perfil dos conselhos e conselheiros municipais de saúde em uma região de saúde naquele estado.

Método

Para atender aos objetivos da investigação, foi utilizado o método hermenêutico (Minayo, 2004) com abordagem qualitativa, que permite perceber o modo como os sujeitos interpretam os aspectos do mundo,

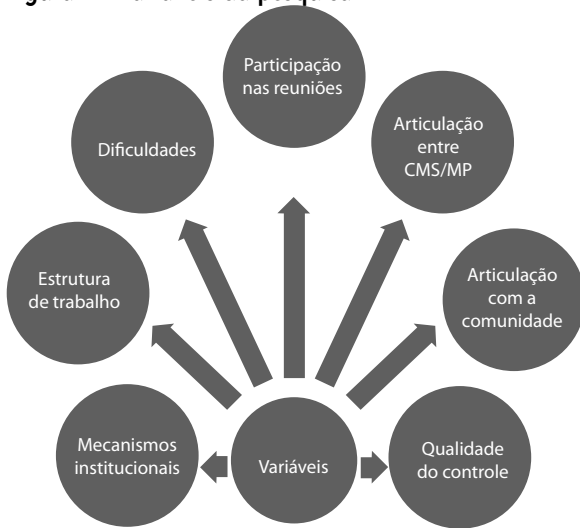
e dados de caráter descritivo foram coletados, possibilitando compreender as representações dos sujeitos sobre determinados acontecimentos (Bogdan; Biklen, 1994).

A escolha do local da pesquisa considerou a Resolução CIB/MA nº 44/2011, que organizou o estado do Maranhão em 19 regiões de saúde, em consonância com o princípio da regionalização do SUS (Maranhão, 2011). Esse princípio foi consolidado pelo Decreto nº 7.508/2011, que estabeleceu a região de saúde como espaço que visa integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). A pesquisa foi realizada nos municípios maranhenses de uma dessas regiões de saúde, selecionada pela sua proximidade com a capital do estado e pela diversidade de municípios nela contidos. O trabalho de campo cobriu o conjunto de experiências das Promotorias de Justiça e CMS dos municípios do território, sem aprofundá-lo caso a caso, durante o período de outubro a dezembro de 2016.

O território da região de saúde selecionada é formado por 17 municípios, todos com baixos indicadores sociais e cujas principais atividades econômicas são o extrativismo vegetal, a agricultura de subsistência e a pesca. As condições de saúde da população são precárias e os mecanismos de controle eram desconhecidos. Os municípios da região de saúde pesquisada estão organizados em nove comarcas, cada uma tendo um promotor de justiça com atribuições específicas, e em cada município atua um Conselho de Saúde.

Para atingir os objetivos propostos foram realizadas pesquisa documental e entrevista semiestruturada, conforme a classificação de Triviños (2007). A primeira parte das entrevistas semiestruturadas com os promotores de justiça e conselheiros de saúde selecionados buscou anotar seu perfil sociodemográfico, cursos recebidos na área do SUS e, no caso dos conselheiros de saúde, informações sobre a representação civil no colegiado. A entrevista visou, ainda, propor um roteiro de questões que permitisse avaliar a participação nas reuniões ordinárias, a articulação interinstitucional, a estrutura de trabalho, os mecanismos institucionais e as dificuldades enfrentadas pelos entrevistados (Figura 1).

Figura 1 – Variáveis da pesquisa



A amostra foi selecionada pelo método de acessibilidade, que não considera a validade estatística dos resultados, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo (Gil, 1995). Os critérios para a seleção da amostra determinaram que os participantes fossem: (1) promotores de justiça que atuassem como titulares das Promotorias de Justiça dos municípios no momento da coleta de dados ou (2) conselheiros municipais de saúde que fossem representantes dos usuários do SUS no CMS e que tivessem participado, ainda que como suplentes, de pelo menos uma reunião no exercício de 2016. Foi entrevistado apenas um conselheiro de saúde por município, além dos promotores de justiça das comarcas contidas na região de saúde pesquisada. A amostra da pesquisa contou com 24 participantes.

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, buscando-se obter indicadores (quantitativos ou não) que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (Bardin, 2000). Os objetivos específicos nortearam a análise, que utilizou como instrumento a leitura analítica. Buscou-se apreender os sentidos e os significados de dada realidade social em que tanto o investigador quanto os sujeitos participantes da pesquisa estão inseridos, procurando, sempre que possível, encontrar a convergência semântica e a sistematização quantitativa.

Durante a pesquisa, os municípios foram identificados pelas siglas M1 a M17, os promotores de justiça pelas siglas PJ1 a PJ7 e os conselheiros de saúde por CS1 a CS17, para preservar o sigilo. Foram enfrentadas algumas dificuldades para a realização das entrevistas com os conselheiros de saúde, destacando-se a identificação e localização dos conselheiros, a localização do CMS e a disponibilização dos documentos necessários à pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pelos pesquisadores.

A coleta dos dados só foi iniciada após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, sob parecer o nº 1768753.

Resultados

Observou-se que no perfil dos 17 conselheiros de saúde predominam participantes casados(as) (47,1%) e do sexo masculino (64,7%), sendo que 52,9% completaram o ensino médio e 47,1%, o superior. Sua profissão surge com bastante heterogeneidade (pescadores, lavradores, professores e estudantes), destacando-se os agentes comunitários de saúde com 35,2%; a faixa etária predominante foi a de 36 a 40 anos (35,2%). Dos entrevistados, 58,8% são membros do CMS, 35,3% exercem cargo de presidente e 5,9% exercem outras funções. Mais da metade dos entrevistados (64,7%) declarou não ter recebido nenhum curso na área de SUS (Quadro 1).

Foi possível igualmente traçar um breve perfil dos membros do Ministério Público que participaram da pesquisa: há prevalência de promotores de justiça do sexo masculino, casados, com idade média de 20 a 40 anos, sem cursos de pós-graduação na área de direito sanitário ou saúde coletiva - com apenas uma exceção (PJ5) - e em média com cinco anos de carreira.

A análise do perfil dos CMS evidencia que todos foram criados por lei municipal e têm regimento interno, embora tais documentos não tenham sido disponibilizados integralmente para a pesquisa em dois municípios (Quadro 2). Em outros três municípios os conselheiros de saúde estavam com seu mandato vencido, de modo que esses CMS estavam funcionando irregularmente havia vários meses.

Quadro 1 – Perfil sociolaboral dos conselheiros municipais de saúde, Maranhão, 2017

Município	Entidade representada	Recebeu cursos na área do SUS?	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Sexo	Idade	Função no CS
Apicum-açu	Assoc. Colônia de Pescadores	Não	Solteira	Ensino médio	Pescadora	Feminino	28	Membro
Bacuri	STTR	Não	Solteiro	Ensino médio	Músico	Masculino	46	Membro
Bequimão	STTR	Não	Outros	Ensino médio	Lavrador	Masculino	43	Membro
Cedral	Igreja Assembleia de Deus	Não	Casada	Ensino superior	ACS	Feminino	38	Membro
Central do Maranhão	Igreja Assembleia de Deus	Sim	Solteira	Ensino superior	ACS	Feminino	40	Presidente
Cururupu	Assoc. de Remanescentes de Quilombos	Não	Casado	Ensino médio	Policia militar aposentado	Masculino	60	Presidente
Guimarães	Igreja Católica	Não	Outros	Ensino médio	ACS	Feminino	45	Membro
Mirinzal	Igreja Batista	Sim	Casado	Ensino superior	Funcionário público estadual	Masculino	50	Presidente
Peri-Mirim	Associação dos ACS	Sim	Casado	Ensino superior	ACS	Masculino	39	Presidente
Pedro do Rosário	Igreja Assembleia de Deus	Sim	Outros	Ensino médio	Lavrador	Masculino	35	Membro
Pinheiro	Sindicato dos Servidores Públicos Federais	Sim	Casado	Ensino superior	Agente de saúde pública	Masculino	50	Membro
Presidente Sarney	Igreja Assembleia de Deus	Não	Solteiro	Ensino superior	ACS	Feminino	40	Secretária
Porto Rico do Maranhão	STTR	Não	Casado	Ensino superior	Professor	Masculino	37	Presidente
Santa Helena	Sindicato dos ACS	Sim	Casada	Ensino superior	ACS	Feminino	64	Membro
Serrano do Maranhão	Comunidade quilombola	Não	Outros	Ensino médio	Professor	Masculino	39	Membro
Turiaçu	Sindicato dos Pescadores	Não	Casado	Ensino médio	Pescador	Masculino	56	Presidente
Turilândia	Igreja Adventista	Não	Solteiro	Ensino médio	Estudante	Masculino	19	Membro

ACS: agente comunitário de saúde; STTR: Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais.

Quadro 2 – Perfil de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, Maranhão, 2017

Município	Lei/ano de criação do CMS	Há regimento interno?	Fim do mandato da última composição eleita	Número de membros	Presidência/escolha e mandato atual
Apicum-açu	Lei n 129/2009	Sim (junho de 2010)	Agosto de 2017	12	Eleição/sociedade civil
Bacuri	Lei n 116/1997 *Lei n 365/2011	Sim (julho de 2014)	Fevereiro de 2016 (sem data confirmada para nova eleição até a data da entrevista)	12	Eleição/sociedade civil
Bequimão	Lei n 6/2009	Sim (março de 2014)	Março de 2018 (eleição em março de 2016, mandato de dois anos)	12	Presidência nata para a Secretaria de Saúde (61, do art. 11, do regimento interno)

continua...

Quadro 2 – Continuação

Município	Lei/ano de criação do CMS	Há regimento interno?	Fim do mandato da última composição eleita	Número de membros	Presidência/escolha e mandato atual
Cedral	Lei n 70/2007	Sim (setembro de 2015)	Setembro de 2016 (até a data da entrevista, não havia acontecido a eleição)	12	Eleição/trabalhadores da saúde
Central do Maranhão	Lei n 6/2007	Sim	Março de 2018 (eleição em março de 2016, mandato de dois anos)	12	Eleição/sociedade civil
Cururupu	Lei n 247/2008	Sim (abril de 2012)	Setembro de 2017	12	Eleição/sociedade civil
Guimarães	Lei n 573/1992 *Lei n 829/2013	Sim	Novembro de 2017	16	Eleição/sociedade civil
Mirinzal	Lei n 19/2007 *Lei n 122/2015	Sim	Setembro de 2018 (mandato de três anos)	8	Eleição/sociedade civil
Peri-Mirim	Lei n 9/2001	Sim	Não informado pelo CMS/gestor	12	Eleição/sociedade civil
Pedro do Rosário	Não disponibilizado	Não disponibilizado	Não disponibilizado	Não disponibilizado	Não disponibilizado
Pinheiro	Lei n 1.071/1997 *Lei n 2.378/2006 *Lei n 2.395/2007	Sim	2018 (eleição em 2016, mandato de dois anos)	16	Eleição
Presidente Sarney	Lei n 19/1998	Não disponibilizado	Julho de 2018 (mandato de quatro anos)	8	Eleição/sociedade civil
Porto Rico do Maranhão	Lei n 5/1997 *Lei n 26/1998 *Lei n 73/2004 *Lei n 103/2008	Sim (maio de 2013)	2017 (eleição em setembro de 2015, mandato de dois anos)	12	Sociedade civil
Santa Helena	Lei n 6/1991 e Lei n 3/1998 (revogadas) *Lei n 172/2013	Sim	Não informado pelo CMS/gestor	12	Eleição
Serrano do Maranhão	Lei n 136/2009	Sim (junho de 2016)	Fevereiro de 2018 (mandato de dois anos)	8	Eleição/sociedade civil
Turiaçãoçu	Lei n 585/2009	Sim (agosto de 2009)	Fevereiro de 2015 (mandato de três anos)	12	Eleição/sociedade civil
Turilândia	Lei n 4/1997 *Lei n 150/2009 *Lei n 159/2009	Não informado	Setembro de 2017 (mandato de dois anos)	12	Eleição/representante do poder público

Apenas em um dos municípios pesquisados a presidência do CMS existe como cargo nato do secretário municipal de saúde, expressamente previsto na lei municipal e no regimento interno, de modo que em todos os demais (94,1%) a presidência é escolhida por eleição simples. Todavia, ficou evidente que os gestores de saúde ainda dificultam a sustentabilidade financeira e estrutural dos conselhos e que não há fomento regular à capacitação técnica dos conselheiros. Nenhum dos 17 CMS possui sede própria, funcionando em salas ou espaços improvisados nas Secretarias Municipais de Saúde, observando-se ausência de

estrutura mínima de trabalho, como computador, impressora, telefone e acesso à internet.

A questão da participação em reuniões ordinárias foi apresentada tanto aos promotores de justiça como aos conselheiros de saúde, pretendendo identificar a frequência de participação, a dinâmica da reunião, como ocorria a interação entre os membros e quais eram os ganhos para o conselho da participação do Ministério Público. Os resultados apontam que os promotores de justiça não participam das reuniões ordinárias dos conselhos de saúde.

Os conselheiros de saúde, por sua vez, foram duplamente indagados sobre sua participação e

sobre a importância da inclusão do promotor nessas reuniões. Houve relato recorrente de reuniões adiadas por falta de quórum e um declarado desestímulo à participação dos membros do CMS. Em relação à presença do Ministério Público, os conselheiros de saúde entrevistados referiram unanimemente que viabilizaria o engajamento e a qualificação do espaço, esclareceria as discussões e fortaleceria a atuação dos conselheiros municipais de saúde.

A maioria dos promotores de justiça entrevistados (85,7%) declarou que a articulação com os demais órgãos de controle apresenta problemas ou limitações que afetam a atuação do Ministério Público. Os conselheiros de saúde, por sua vez, apontam a pouca ou nenhuma interação com os demais órgãos de controle, inclusive com o Ministério Público, muito embora tenham reforçado a importância da participação do promotor de justiça nas reuniões.

Os promotores de justiça afirmaram que o Ministério Público possui boa interação com a comunidade local. Já para 88,2% dos conselheiros de saúde entrevistados, há um afastamento entre comunidade e CMS, seja por vícios na representatividade ou por ausência de divulgação das atividades e importância dos conselhos. Os 11,8% restantes acreditam que exista uma proximidade adequada entre a comunidade e o CMS.

Embora os membros do Ministério Público concordem que os CMS não funcionam adequadamente, os resultados apontam que 71,4% dos promotores de justiça entrevistados não

havia adotado qualquer providência concreta para solucionar a questão, enquanto 28,6% informaram a instauração de procedimentos administrativos para o acompanhamento e a fiscalização do funcionamento dos CMS. Os conselheiros de saúde, por sua vez, apresentaram total desconhecimento dos mecanismos de interação interinstitucional previstos na legislação ou nos respectivos regimentos internos. Todos os entrevistados avaliam negativamente a atuação das instituições no exercício do controle social no SUS.

A estrutura de trabalho não surgiu entre as respostas dos promotores de justiça como elemento que afetasse o relacionamento com os conselheiros de saúde. Todavia, a realidade das Promotorias de Justiça visitadas evidenciou número insuficiente de servidores, demandas judiciais e extrajudiciais exaustivas e política institucional que exige a priorização pelo promotor de justiça da atuação judicial. Os conselheiros de saúde, por sua vez, arrolavam inúmeros problemas ligados à falta de estrutura, que foi explicitada como a falta de espaço próprio, telefone, computador, impressora, internet ou de apoio administrativo, financeiro e operacional.

Verificou-se também uma declarada inabilidade de compreender as atribuições e os documentos manuseados na rotina dos conselheiros, além da falta de sentimento de poder no discurso. As dificuldades apontadas pelos entrevistados aparecem no Quadro 3, desenvolvido a partir da frequência de palavras e/ou representações convergentes entre os entrevistados.

Quadro 3 – Itens apontados como dificuldades pelos promotores de justiça e conselheiros, Maranhão, 2017

Dificuldades	
Promotores de Justiça	Conselheiros de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> – Capacitação dos membros. – Retrocesso e/ou estagnação do processo de interlocução com os CMS a partir das movimentações da carreira (remoção/promoção). – Valorização da atuação judicial em detrimento da intervenção extrajudicial. – Ausência de planejamento institucional para a uniformização das estratégias em saúde. – Relação republicana com o gestor da política municipal de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitação dos integrantes. – Estrutura de trabalho. – Baixa divulgação da importância e função do CMS. – Desrespeito do gestor às deliberações do CMS. – Ausência de interação entre o CMS e o MP. – Falta de interesse dos conselheiros e da população. – Falta de interação entre os conselheiros. – Falta de remuneração para viabilizar o deslocamento e o tempo dos membros à disposição do CMS. – Falta de autonomia financeira do CMS para articular sua independência.

Discussão

Este trabalho teve por objetivo analisar a atuação do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos CMS, tendo como principal resultado a identificação de uma interação marcada por práticas frágeis, não uniformes e não integrativas do controle social e por um escasso diálogo interinstitucional.

É premissa constitucional que o Ministério Público pode induzir a participação popular qualificada pelo discurso do direito na busca de consenso em torno das políticas que melhor representem as necessidades da população envolvida. Para isso, o relacionamento interinstitucional funcional e efetivo com os Conselhos de Saúde deve ser aprimorado, tendo em vista sua importância estratégica para o SUS e para o fortalecimento das práticas democráticas.

A aproximação do Ministério Público, iniciada com a implementação institucional da frequência às reuniões ordinárias, potencializa o papel constitucional dos CMS e do próprio MP, pois qualifica o controle e o alimenta com informações que operacionalizam a função ministerial primária de defesa da saúde pública.

Essa interação deve ter como gatilho a participação do promotor de justiça nas reuniões do Conselho de Saúde, sendo reconhecida como passo fundamental pelos entrevistados nesta pesquisa. Defende-se, com efeito, que cabe ao Ministério Público tomar a iniciativa nessa interlocução, como uma ação básica e eficaz para o fortalecimento dos vínculos institucionais necessários ao melhor exercício do controle social.

Essa conclusão confirma que a proximidade tem potencial para de fato fortalecer o controle social, porque a atuação do promotor de justiça nas reuniões reforça a autoridade dos conselhos em relação aos gestores, tornando-os mais consistentes e eficientes. Isso porque a presença física do Ministério Público nas instâncias de participação da sociedade civil as qualifica tanto em termos simbólicos quanto em termos práticos (Machado et al., 2006).

Segundo Bispo Junior e Gerschman (2013) e Farias Filho, Silva e Mathis (2014), a participação debilitada dos próprios conselheiros de saúde e sua falta de interação com a população local, identificadas no

processo de prospecção e entrevistas, confirmam o processo de fragilização da imagem social dos conselheiros, que registraram que uma parcela significativa da população não os (re)conhece como representantes de seus interesses ou como responsáveis por balizar os rumos do governo.

A frágil ou inexistente interação entre o Ministério Público e os CMS da região pesquisada impede que um relacionamento sistemático e estratégico para o fortalecimento do SUS seja aperfeiçoado. O CMS é visto apenas como um instrumento de repasse de informações ou como exigência legal para homologar as decisões predefinidas pela Secretaria de Saúde, com pessoas capturadas ideologicamente pelos gestores, o que dificulta a transformação desse espaço institucional num instrumento que garanta o princípio constitucional da participação social no SUS (Cotta et al., 2011).

Os resultados sugerem, ainda, que há falhas na representatividade dos CMS, com a inserção de pessoas que não estão efetivamente envolvidas com os movimentos sociais organizados, o que explica parcialmente o desconhecimento da sociedade. Além disso, verifica-se grande dificuldade de captar sujeitos que estejam, de fato, engajados com algum movimento social originário dos territórios onde vivem (Shimizu; Moura, 2015). As falhas no processo de divulgação também foram apontadas como justificativa para o desconhecimento da população sobre os membros dos CMS.

O controle social exercido no espaço dos CMS está sujeito a uma série de riscos e problemas. Um deles é a desfiguração de sua natureza plural e deliberativa, prejudicada pelo tecnicismo que desqualifica o saber popular, ou a sua redução a órgão consultivo (Lehmann, 2013). A irregularidade do funcionamento pode ser creditada à falta de apoio ou rejeição das autoridades do poder estatal, à falta de representatividade e à qualificação dos membros, destes derivando os demais problemas e dificuldades (Lehmann, 2013).

Verificou-se que nem todas as Promotorias de Justiça mantinham procedimentos administrativos para acompanhar o funcionamento dos CMS, influenciando a efetividade do diálogo interinstitucional numa perspectiva formal e material. Da mesma forma, se verificou que a falta de conhecimento dos conselheiros de saúde

sobre o funcionamento do sistema impede o uso de mecanismos e estratégias institucionais que viabilizem o fluxo de informações e denúncias entre os órgãos de controle. Além disso, a pesquisa documental realizada nos regimentos internos e leis municipais de criação dos 17 CMS pesquisados mostrou que os conselhos dessa região não dispõem de nenhum protocolo de acionamento dos demais órgãos de controle ou mesmo de interação interinstitucional.

Todavia, é preciso que o cidadão participante desse processo plural de executar e controlar as funções públicas tenha claro o seu papel e os limites de sua atuação, sobretudo quanto aos instrumentos legais dos quais dispõe para corrigir eventuais desvios no exercício do poder pelo administrador público. Nesse processo de fiscalização e controle é importante que o conselheiro de saúde (cidadão) tenha argumentos jurídico-políticos ao seu dispor e saiba em quais momentos nos processos de formulação e execução de políticas públicas a lei já lhe assegura a participação (Chai, 2007).

Os dados coletados apontam que o principal elemento limitador do controle social nos municípios pesquisados é a necessidade de capacitação, tanto para os promotores de justiça como para os conselheiros de saúde. Evidencia-se que o MP precisa adotar medidas estruturais importantes, destacando-se a inclusão de conhecimento técnico em saúde no processo de seleção dos promotores de justiça e na formação continuada dos seus membros.

Essa necessidade já foi proposta na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, definindo-se que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde deveriam encaminhar às escolas do Ministério Público e de magistrados a solicitação para inserção, em suas grades curriculares, de conteúdo relacionado ao controle social no SUS e sua legislação a partir das leis nº 8.080 e 8.142/1990 (Brasil, 2008).

As estratégias de capacitação dos membros do Ministério Público devem buscar corrigir o baixo contato do promotor de justiça com os marcos legais do SUS e com a matriz da gestão do sistema, na perspectiva técnica e principiológica, pois o SUS utiliza predominantemente a linguagem jurídica para se apresentar aos gestores, conselheiros e aos próprios usuários. Desse modo, é essencial que o Ministério Público fomente a dinamização desse

conhecimento e modelo de atuação, por meio da formação continuada e da busca por estratégias de uniformização da atuação dos membros na área da saúde pública, firmando a fractalidade necessária para resultados mais uniformes e permanentes em todas as comarcas do estado do Maranhão.

A noção de capacitação revela o privilégio atribuído ao discurso tecnocrata/especializado, de modo que o segmento dos usuários termina por apresentar dificuldades no exercício deliberativo, prejudicando o diálogo entre os segmentos e levando a uma pressão para a aprovação imediata de projetos balizados em argumentos de ordem financeira (Paiva; Stralen; Costa, 2014).

Observa-se que o enfrentamento da questão da capacitação, principalmente de promotores de justiça, exige um descortinamento da relação entre direito e medicina. Para concretizar melhor o direito à saúde, profissionais do direito deveriam dominar conhecimentos mínimos sobre o método de aplicação da linha científica da saúde coletiva para melhor fiscalizar e monitorar os sistemas de saúde (Bartolomei et al., 2010). As instâncias de controle, por sua vez, devem compreender a ferramenta da gestão do SUS para concretamente fiscalizar o sistema de saúde.

Para Bispo Junior e Gerschman (2013) e Oliveira, Ianni e Dallari (2013), as dificuldades enfrentadas pelos CMS identificadas na pesquisa e que representam demanda concreta para a atuação do Ministério Público são aquelas relacionadas à fragilidade da vida associativa e do vínculo entre os conselheiros e à necessidade de capacitação técnica e política que possibilite intervenção mais argumentativa (Oliveira, 2013). Além desses aspectos, observaram-se falta de estrutura de trabalho, deficiências no processo de representação e participação social, problemas de autonomia e organização, prevalência do saber técnico, entre outros. Todas essas questões evidenciam o oposto do processo democrático necessário nessas arenas, tendo em vista que não há chances reais de participação no processo deliberativo nem direito de escolha dos temas, e os membros não possuem capacitação ou informações suficientes para produzir bons argumentos (Habermas, 2003).

A interação eficiente entre o Ministério Público e os CMS tem importância estratégica no processo

de reestruturação da atenção à saúde, requerendo a articulação de forças que defendam e representem o interesse coletivo em torno de um projeto para a defesa do direito à saúde. Nessa perspectiva, espera-se que os CMS não funcionem apenas como instâncias legitimadoras da administração pública, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem, e que o Ministério Público exerça o protagonismo necessário ao fortalecimento do controle social (Stralen et al., 2006).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, já propunha a criação de mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, destacando a necessidade de realizar reuniões conjuntas, pois os canais de articulação entre os CMS e as demais instituições podem impedir retrocessos e a degeneração do caráter deliberativo dos Conselhos (Brasil, 2001).

A atuação do Ministério Público junto aos CMS somente será efetiva se tiver o condão de conferir força e legitimidade à participação popular no SUS, com o enfrentamento das seguintes questões: (1) conflito entre a linguagem técnica exigida e a linguagem leiga dos conselheiros; (2) a tutela excessiva das instâncias governamentais sobre os CMS, tornando-os meros aprovadores de suas políticas e relatórios; (3) falta de recursos materiais para manter o conselho; e (4) falta de interesse em participar do conselho por parte da população e/ou falhas na representatividade.

É possível propor à sociedade e ao Estado formas de atuação para o fortalecimento dos CMS, e para isso o Ministério Público pode: (1) participar das reuniões ordinárias quando da apresentação do Plano Municipal de Saúde, da Programação Anual de Saúde e dos Relatórios de Gestão (anual e trimestrais); (2) fiscalizar a escolha dos membros quanto à representatividade, assim como a eleição para presidente; (3) fiscalizar a infraestrutura financeira, administrativa e física; (4) recomendar a divulgação à comunidade de funções e competências, trabalhos e decisões dos conselheiros e da composição do CMS; (5) responsabilizar judicialmente os gestores pelo não cumprimento das resoluções dos Conselhos de Saúde e da Resolução CNS nº 453/2012, sobre

dotação orçamentária para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde (Brasil, 2012); (6) assegurar que as resoluções dos Conselhos de Saúde sejam devidamente homologadas, em atenção à proposição da 13ª Conferência Nacional de Saúde; e (7) estimular e exigir a capacitação dos conselheiros de saúde (Brasil, 2001).

Todas essas medidas devem ser vistas como ações externas a serem operadas pelo Ministério Público, sendo necessário considerar que também há ações internas a desenvolver, ou seja, medidas estruturais importantes, destacando-se a inclusão de conhecimento técnico em saúde no processo de seleção dos promotores de justiça e na formação continuada dos seus membros, como já exposto.

Após a incursão nos municípios pesquisados, conclui-se que o controle institucional no Sistema Único de Saúde no estado do Maranhão realizado pelo Ministério Público é tímido e superficial, apesar das possibilidades, capacidades e atribuições conferidas pela Constituição Federal de 1988. Os CMS, principais órgãos de controle social do SUS, apresentam deficiências e limitações conhecidas pelo Ministério Público, que ainda não orientou sua política institucional para um relacionamento próximo, constante e uniforme em todo o estado do Maranhão, por meio de práticas de diálogo interinstitucional.

Diante das dificuldades observadas, é possível sugerir ações, principalmente sob a matriz resolutiva/extrajudicial, iniciando-se pela participação nas reuniões e articulação interinstitucional e comunitária, com a integração entre MP, CMS e comunidade na problemática da saúde. Ou seja, o Ministério Público pode iniciar a aproximação, criando estratégias institucionais uniformes para todas as comarcas que garantam o pleno funcionamento dos CMS e a participação de todos no acompanhamento da gestão do sistema de saúde.

O Ministério Público também deve utilizar o bom canal de comunicação e legitimidade que tem com a sociedade para fomentar a participação social de todo e qualquer cidadão nos fóruns de discussão de políticas públicas, incluindo sujeitos e realizando intercâmbio com outras instâncias de controle participativas, para agregar valores democráticos, pluralidade de discursos e opiniões, oportunidade

de gestão e decisão sobre os caminhos a serem adotados pelo Estado.

A segunda sugestão é que o Ministério Público exija o compromisso dos gestores da saúde na efetivação dos CMS, envolvendo sustentabilidade financeira e estrutural e fortalecendo a cultura democrática e a gestão participativa. Também deve identificar e corrigir, por meio de procedimentos e investigações, as deficiências que impedem ou dificultam a gestão democrática e transparente dos recursos na saúde, a começar por aquelas que comprometem a autonomia dos conselheiros em relação ao gestor da política de saúde.

Os dados coletados evidenciaram a necessidade de desenvolver ferramentas de capacitação tanto para os promotores de justiça como para os conselheiros de saúde, exigindo a integração de importantes colaboradores, como a Corregedoria-Geral do Ministério Público, a Escola Superior do Ministério Público e o Centro de Apoio Operacional da Saúde, descortinando-se a interdisciplinaridade necessária para o conhecimento técnico do sistema de saúde.

É preciso romper paradigmas e a inércia e preparar o conselheiro de saúde para acessar a informação e compreender o SUS, ações essenciais para que se implemente o direito à saúde preconizado na Constituição. Também é necessário fomentar a capacitação continuada dos promotores de justiça e a interação com as demais instituições de controle com política institucional uniforme e permanente.

Considerações finais

Este estudo buscou favorecer a reflexão sobre o potencial de ampliação e intensificação do relacionamento entre Ministério Público e Conselhos Municipais de Saúde para controle social que efetive o acesso aos serviços de saúde, bem como a necessidade de profissionalização dos conselheiros de saúde, a exemplo do ocorrido com os conselheiros tutelares, que são eleitos, remunerados e submetidos a constante processo de capacitação e acompanhamento pelo Ministério Público, provocando a reavaliação da importância da formação, instrumentalização e profissionalização no exercício do controle social.

Porém, não esgota a possibilidade de estudos posteriores, especialmente sobre o papel dos conselheiros de saúde e sua repercussão na comunidade, as implicações do princípio da autonomia funcional do Ministério Público para a implementação de práticas institucionais de interação com os órgãos de controle do SUS e, ainda, a problematização do voluntariado dos membros dos conselhos gestores e seu impacto no fortalecimento do controle social.

A democratização e a efetivação da política de saúde nos municípios da região de saúde pesquisada dependem, entre outras coisas, do aprimoramento da relação entre MP e CMS, que num círculo virtuoso promoverá frutos de qualificação e fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde nos municípios maranhenses.

Os municípios maranhenses mudaram ao longo desses anos de implantação do SUS, e os atores sociais envolvidos com a saúde pública também. Da mesma forma, confirma-se a importância de reforçar a atuação do Ministério Público com as demais instituições que realizam o controle social no SUS, mormente os Conselhos de Saúde.

As relações entre democracia, direito, política e saúde devem buscar valorizar as conquistas obtidas e o apoio recíproco entre as instituições para identificar e corrigir os erros e problemas na construção de novos caminhos para os desafios contemporâneos. Mas essas relações não podem ser esgotadas neste trabalho, nem havia essa pretensão. Não se almeja propor formas estanques e salvíficas. Ao contrário, o arcabouço legislativo, já bastante desenvolvido, criou sujeitos institucionais que precisam ser alinhados na defesa do direito à saúde, da cidadania e dos ideais democráticos numa nova gramática de integração, pertencimento e emancipação.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BARTOLOMEI, C. E. F. et al. Medicina e direito: atuação na integralidade destes dois saberes. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 39-42, 2010.

- BATISTA, E. C.; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 337-347, 2011.
- BISPO JUNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.
- BOGDAN, R. E.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto, 1994.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília, DF, 2001. (Série Histórica do CNS; n. 2) (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília, DF, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<https://bit.ly/1zqwrHe>>. Acesso em: 3 mar. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 109, p. 138, 6 jun. 2012. Seção 1.
- CHAI, C. G. Governo local, controle social e ação contra a corrupção: a universalidade da experiência do município de Ribeirão Bonito/SP: administração pública e sociedade: instrumentos de participação da sociedade civil. In: MACEDO, M.; PRAZERES, M. A. B. (Org.). *Democracia, transparência e desenvolvimento sustentável*. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2007. p. 13-32.
- COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.
- FARIAS FILHO, M. C.; SILVA, N. A.; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva dos conselheiros municipais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1911-1919, 2014.
- FERREIRA, C. S. *Políticas públicas de fomento ao controle social: estudo da relação entre participação social e falhas na gestão pública em prefeituras municipais da região nordeste*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1995.
- HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. 2.
- LEHMANN, L. H. M. *Participação popular em saúde e Ministério Público: contribuições para a efetivação do Sistema Único de Saúde*. Florianópolis: UFSC, 2013.
- MACHADO, F. R. S. *Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social,

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, F. R. S. et al. Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública: notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educus, 2006. p. 25-36.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/MA nº 44/2011, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre a conformação das regiões de saúde. *Diário Oficial do Estado do Maranhão*, São Luís, 22 jul. 2011.

MINAYO, M. C. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

OLIVEIRA, F. F. O Ministério Público resolutivo: tensão entre a atuação preventiva e a autonomia institucional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 317-339, 2013.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2uclYWe>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

PEREIRA, I. P. et al. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 435, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ju7WK7>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RIBEIRO, C. F. B. *O Ministério Público e o controle social: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ROJAS, R. C. A. *Participação popular e Ministério Público no Brasil: defesa do regime democrático e dos interesses metaindividuais no marco de uma trajetória crítica dos direitos humanos*. Belo Horizonte: Arraes, 2012.

SANTANA, P. *Implementação do direito à saúde no município do Rio de Janeiro: Conselho Municipal de Saúde e Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde*. 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2u6vWIC>>. Acesso em: 11 set. 2017.

STRALLEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2W5940N>>. Acesso em: 8 dez. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 2007.

Contribuições dos autores

Pereira concebeu o projeto e redigiu o artigo, e, com Chai e Pacheco, analisou e interpretou os dados. Chai realizou a análise crítica do manuscrito, e Dias, Loyola e Pacheco executaram a revisão crítica do conteúdo intelectual. Loyola aprovou a versão a ser publicada. Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho e garantem a exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Recebido: 12/11/2018

Aprovado: 08/01/2019