

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**UM OLHAR SOBRE A DINÂMICA DO CONSELHO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO**  
**DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE / MG**

**RENATA TARBES MACHADO**

**CONSELHEIRO LAFAIETE**

**2012**

RENATA TARBES MACHADO

UM OLHAR SOBRE A DINÂMICA DO CONSELHO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO  
DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE / MG

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a  
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito  
parcial para obtenção de título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Kênia Lara Silva

CONSELHEIRO LAFAIETE

2012

RENATA TARDES MACHADO

UM OLHAR SOBRE A DINÂMICA DO CONSELHO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO  
DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE / MG

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a  
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito  
parcial para obtenção de título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Kênia Lara Silva

**Banca Examinadora**

Professora Kênia Lara Silva

Professor Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte: 26/05/2012.

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço à Deus por tem me dado força, saúde e persistência para correr atrás dos meus objetivos.

À minha mãe por sempre me auxiliar nas minhas tarefas.

A todos os conselheiros de saúde, por ser a esperança de se ter uma política de saúde diferente.

Não poderia deixar de agradecer à orientadora Kênia Lara Silva que me auxiliou com toda paciência e dedicação. Muito obrigada, você é o exemplo que todo profissional deveria seguir.

## RESUMO

A Reforma Sanitária Brasileira destacou o controle social como uma das conquistas da Constituição Brasileira em 1988. Desde então, a comunidade passa a ter o direito de participar da formulação de estratégias, execução e fiscalização das políticas de saúde, por meio das instâncias colegiadas denominadas Conferências e Conselhos de Saúde. O objetivo deste estudo é analisar a dinâmica do Conselho de Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte em relação às políticas públicas de saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa que visa identificar o funcionamento, a organização e as prioridades apresentadas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) através da análise de dados secundários. Após a leitura aprofundada das atas das plenárias do CMS do atual governo, foram ressaltados nos resultados os aspectos mais relevantes como periodicidade das reuniões, participação de usuários não conselheiros e assuntos abordados pelos conselheiros que foram categorizados em Diretrizes e instrumentos de gestão do SUS; Políticas de saúde e formulação de estratégias; Execução financeira e orçamentária da saúde; Fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde; Necessidades da população. Conclui-se que, embora a organização do Conselho Municipal de Saúde encontra-se dentro dos parâmetros estabelecidos pelas legislações federais, há deficiência na sua dinâmica de funcionamento relacionada com as funções que lhe são atribuídas. Infere-se que esse achado deve-se não apenas à falta de preparo da população para exercer o controle social como também a pouca importância que é dada pelos gestores municipais a esse espaço democrático.

**Palavras Chaves: Controle Social. Conselho de Saúde. Participação Popular. Participação social. Conferência de Saúde**

## **ABSTRACT**

The Brazilian Health Reform highlighted the social control as one of the achievements of the Brazilian Constitution in 1988. Since then, the community will have the right to participate in strategy formulation, implementation and monitoring of health policies, through collegiate institutions called Conferences and Boards of Health. The aim of this study is to analyze the dynamics of a Board of Health municipality in the metropolitan region of Belo Horizonte in relation to public health policies. This is a quantitative and qualitative research that aims to identify the operation, organization and priorities presented in the meetings of the Municipal Health Council (MHC) through the analysis of secondary data. After a thorough reading of the minutes of the plenary of the MHC of the current government, we highlighted in the results the most relevant aspects such as frequency of meetings, participation of users have issues addressed by the counselors and advisers who were categorized as Guidelines and management tool System Unified Health (SUH); Health policy and strategy formulation; Financial and budgetary health; Surveillance control and evaluation of health services; Needs of the population. We conclude that although the organization of the Municipal Health Council is within the parameters established by federal laws, there is a deficiency in its dynamics of functioning related to the functions assigned to it. It is inferred that this finding should be not only the lack of preparedness of the population to exercise social control as well as the low priority that is given by municipal managers in this democratic space.

**Key words: Social Control. Health Council. Popular Participation. Social Participation. Health Conference.**

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

PA – Pronto Atendimento

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.Justificativa .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.Objetivo geral .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3.Objetivos específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Resultados e discussões .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.Controle Social x Participação Social .....</b>	<b>25</b>
<b>4.Conclusão .....</b>	<b>28</b>
<b>5.Referências</b>	<b>30</b>
.....	
<b>Anexo</b>	<b>32</b>



## **1.Introdução**

Dentre as inovações da reforma sanitária brasileira (RSB), destaca-se a ousada proposta de controle social. Durante o período ditatorial, o controle social significava o controle exclusivo do Estado sobre a sociedade, cerceando qualquer expressão popular, passando, a partir do processo de RSB, a significar o controle da sociedade sobre a ação do Estado (COTTA et al, 2006).

A possibilidade de representantes de a comunidade participar da formulação e controle da execução de políticas públicas de saúde foi uma conquista consagrada na Constituição Brasileira em 1988 que dispôs sobre a participação da comunidade como uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

O controle social passa a ser considerada uma conquista, sendo a principal estratégia de garantia da descentralização e municipalização da saúde. Segundo Cunha (2003), o controle social conquistado pela sociedade civil deve ser entendido como instrumento e expressão da democracia. Busca-se, portanto, com a democratização, eliminar as formas tradicionais e autoritárias de gestão das políticas sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam a maior transparência das informações e da participação da sociedade no processo decisório (SILVA et al, 2007).

A participação social, como exercício de poder político, foi efetivada por meio das instâncias colegiadas, presentes em cada esfera de governo, denominadas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

As Conferências de Saúde são espaços em que se permite a construção de cidadania, sendo uma das ocasiões previstas em lei para a construção de políticas de saúde pelo governo executivo, em conjunto com a população. É nesse momento que deverá ocorrer o levantamento de problemas coletivos de saúde e o delineamento de diretrizes para solucioná-los.

Segundo o artigo 1º da Lei Orgânica N° 8.142 (BRASIL, 1990), as conferências de saúde são convocadas pelo poder executivo a cada quatro anos ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho Nacional de Saúde, tem como representantes os vários segmentos sociais que avaliam a situação de saúde e propõem diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. O conselho de saúde, instituído como uma das instâncias de controle social do SUS, em caráter permanente e deliberativo, atua

na formulação de estratégias e no acompanhamento da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A participação da sociedade organizada torna os conselhos de saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde.

De acordo com a Resolução CNS N°33-92 (BRASIL, 1992), o Conselho de Saúde é integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos estados e municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. O órgão de governo estadual ou municipal deve prestar apoio, informações e assessorias aos conselhos de saúde. Sendo assim, uma Secretaria Executiva deverá ser a sua unidade de apoio, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades do SUS e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento do mesmo.

## **1.1 Justificativa**

A motivação para realizar um estudo a respeito do controle social e da participação popular deve-se ao fato de, desde 2008 até 2011, ter trabalhado na gestão municipal de uma secretaria de saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte tendo a oportunidade de participar de uma Conferência Municipal de Saúde e de várias reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Como coordenadora da Estratégia Saúde da Família deste município e responsável pela elaboração de projetos da saúde para captação de recursos estaduais e federais, por várias vezes tive que discutir as propostas juntamente com o plenário do Conselho Municipal.

Ao participar das reuniões, algumas vezes, me sentia angustiada, pois, nem sempre, as discussões eram construtivas. Outras vezes, os conselheiros me surpreendiam mostrando que conheciam o SUS e as necessidades de saúde da população e que, realmente, eles estavam presentes fazendo cumprir as funções que lhe foram destinadas por lei. Por várias ocasiões, deparei-me com trabalhadores da gestão e da saúde negando a receber os conselheiros; outros participavam das reuniões apenas quando eram convocados. Alguns profissionais, quando eram visitados por algum conselheiro, mostravam-se receosos de responderem às suas indagações.

Por várias vezes, indaguei-me quem eram os conselheiros, se eram pessoas aliadas da gestão que deveriam participar do processo de construção de uma política de saúde eficaz, se eram atores da oposição política que a todo o momento julgavam as ações do governo através de críticas destrutivas ou se eram pessoas alienadas que sequer sabiam o que era SUS.

Também há momento destinado, no início das reuniões, para a participação dos usuários não conselheiros realizarem reivindicações ou mesmo sanarem alguma dúvida. Porém, o que pude perceber é que nem sempre havia pessoas inscritas. Será que era devido à falta de conhecimento ou por não acreditar na força da participação popular?

Com base nessas reflexões, resolvi fazer uma análise da dinâmica do Conselho Municipal de Saúde deste município através do levantamento das prioridades discutidas nas plenárias. Interessava-me entender qual é o seu papel e se, realmente, na prática ocorre o que é preconizado por lei.

Através desse estudo, será possível verificar se os representantes do Conselho Municipal do município em questão exercem as suas competências de acordo com o que é

preconizado pelo regimento interno do município. Por ser um órgão de caráter permanente, deliberativo e fiscalizador sabe-se que o CMS possui um papel importante na formulação das políticas públicas como também na fiscalização orçamentária da saúde do município. Sendo assim, é de grande relevância verificar como esses atores do SUS estão desenvolvendo os seus papéis e como está ocorrendo a participação social.

Entre outras ações, este trabalho poderá contribuir para o entendimento dos gestores e trabalhadores de saúde sobre a importância do controle social, sendo possível envolver os conselheiros no planejamento e discussão das ações desenvolvidas principalmente na atenção primária à saúde, que é o ponto de atenção coordenadora da rede de saúde e mais próximo ao usuário, pois, os conselheiros possuem conhecimentos sobre os reais problemas de suas comunidades, uma vez que pertence a elas, além disso, detém o papel de manter a população informada a respeito do funcionamento e acontecimento na saúde, facilitando o vínculo dos usuários aos profissionais de saúde. Esse trabalho também contribuirá para a avaliação da necessidade de capacitação dos conselheiros de saúde.

## **1.2. Objetivo geral**

Analisar a dinâmica do Conselho de Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte em relação às políticas públicas de saúde.

## **1.3. Objetivos específicos:**

- Identificar as prioridades apresentadas nas reuniões ordinárias mensais.
- Verificar como o CMS participa na formulação das políticas de saúde. Analisar se a perspectiva da promoção à saúde é prioridade nas discussões do CMS.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo análise documental visando identificar o funcionamento, a organização e as prioridades apresentadas nas reuniões do CMS.

Primeiramente foi realizada a análise da Lei Municipal Nº 1621/93 (SANTA LUZIA, 1993) que instituía o Conselho Municipal de Saúde (CMS) no município cenário e do Regimento Interno do CMS que além da organização e do funcionamento desse órgão deliberativo, expunha as finalidades, competências e atribuições que foram destacadas para facilitar o estudo das atas do CMS.

No segundo momento, foi realizada a análise de dados secundários através de uma leitura aprofundada das atas do CMS do atual governo, do período compreendido entre Janeiro de 2009 a Agosto de 2011. No total foram analisadas 177 pautas que estavam presentes em 42 atas de reuniões realizadas nesse período. Ao proceder à leitura das atas, foram ressaltados os aspectos mais relevantes como periodicidade das reuniões, participação de usuários não conselheiros e assuntos abordados pelos conselheiros. Como algumas pautas eram semelhantes, as categorizamos de acordo com as variáveis:

- Diretrizes e Instrumentos de Gestão do SUS. .
- Políticas de Saúde e Formulação de Estratégias.
- Execução Financeira e Orçamentária da saúde.
- Fiscalização, Controle e Avaliação dos serviços de saúde.
- Necessidades da População.
- Outros.

Após a compilação dos dados foi realizada a análise quantitativa de cada variável através da elaboração de gráficos e tabela para uma consequente apresentação dos resultados.

Em relação aos aspectos éticos, a autorização para a realização da pesquisa e acesso a fonte de dados secundários foi feita por meio de carta ao secretário municipal de saúde do município-cenário que era o presidente do conselho municipal de saúde (Anexo I).

### **3.Resultados e discussões**

A análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, do período compreendido entre Janeiro de 2009 a Agosto de 2011, mostrou que o CMS do município cenário se organiza e funciona de acordo com o que é preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

O município cenário possui uma lei municipal Nº 1.621/93 que institui o Conselho Municipal de Saúde e o seu próprio Regimento Interno que define as competências, organização, funcionamento, atribuições e deveres dos conselheiros de saúde. Sempre que necessário, a plenária poderá alterar o regimento interno.

Segundo o seu regimento interno (SANTA LUZIA, 2009), o CMS é composto paritariamente por 28 conselheiros efetivos, formados por cinco representantes indicados pelo Prefeito e 23 eleitos pelas entidades prestadoras de serviços na área da saúde, pelos profissionais de saúde e pelos usuários do SUS, sendo dois prestadores de serviço filantrópico e privado contratado pelo SUS, sete trabalhadores do SUS e 14 representantes dos usuários. Para cada membro efetivo corresponderá um suplente.

As reuniões ordinárias do CMS em questão ocorrem em toda última quinta-feira do mês. As plenárias só ocorrem se houver quorum, se não, automaticamente é convocado uma nova seção. O quorum é verificado através da chamada nominal dos conselheiros titulares e nas suas ausências os seus suplentes assumem os locais, porém fica assegurado ao conselheiro suplente somente o direito a voz e não a voto.

As solicitações de pautas são realizadas pelos conselheiros efetivos e por membros da Secretaria Municipal de Saúde, na semana anterior à reunião. Durante o período analisado, 32 meses, houve 42 reuniões; sendo 32 ordinárias e 10 extraordinárias.

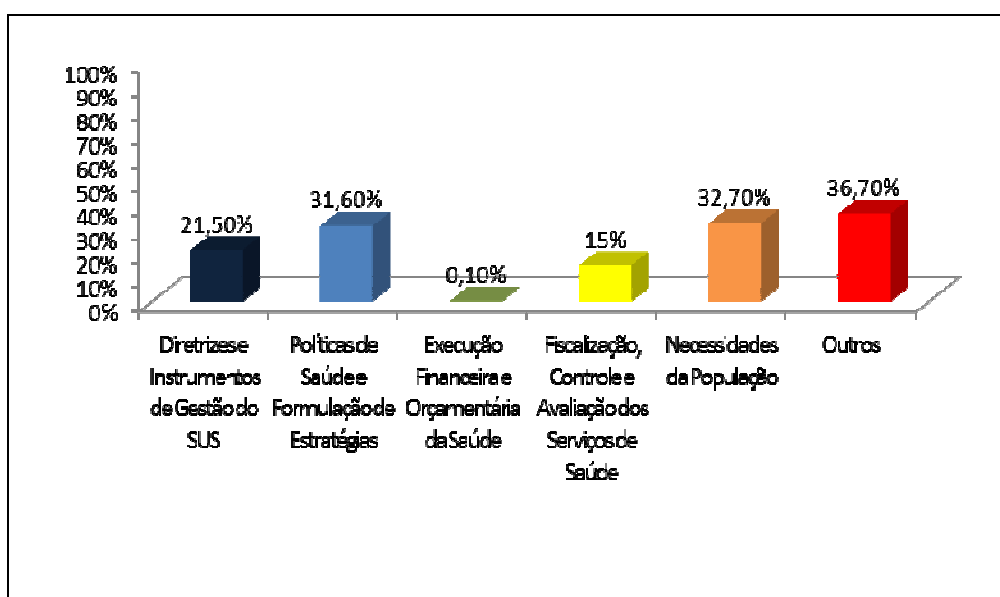
A legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde é composto por 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% do governo e de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Representando os trabalhadores do SUS podemos ter representante de sindicatos e dos usuários representantes das associações comunitárias, entidades ambientais não governamentais, entidades de defesa do consumidor, entidades de aposentados e pensionistas, entre outras representações. O plenário deverá reunir uma vez ao mês e, extraordinariamente, sempre

que necessário e funcionará baseado em Regimento Interno elaborado e aprovado pelo próprio Plenário.

Segundo Matuoka e Ogata (2010), o Conselho de Saúde possui as seguintes competências: fiscalizar e controlar a execução da política de saúde, inclusive econômica e financeiramente (função fiscalizatória); definir as políticas e as prioridades de saúde; avaliar e deliberar sobre plano de saúde do gestor e formular estratégias (função deliberativa); e avaliar ou opinar sobre convênios ou outras questões da saúde (função consultiva).

A fim de verificar se essas competências estão presentes no cotidiano do CMS em estudo, foi elaborado o Gráfico 1 relacionado aos assuntos abordados nas reuniões ordinárias do Conselho. Ressalto que as atas do Conselho em questão são fidedignas à realidade uma vez que todas as reuniões são filmadas, para facilitar os registros das atas pela secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde.

**GRÁFICO 1 – Temas abordados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde entre o período de 2009 e 2011**



**Fonte: Atas do CMS, 2009-2011**

Observa-se que vários são os assuntos abordados nas reuniões do CMS, porém os que sobressaem são os relacionados às necessidades da população (32,7%) e de interesse do governo: políticas de saúde e formulação de estratégias (31,6%) e diretrizes e instrumentos de gestão do SUS (21,5%).

Os temas referentes à necessidade da população, na maioria das vezes, não eram previstos nas pautas, porém acabavam sendo discutidos nas reuniões a pedido dos conselheiros não usuários, na maioria das vezes membros das associações de bairros, que compareciam à plenária para demonstrar o seu descontentamento pessoal e/ou solicitar ajuda do governo. As reclamações sempre eram individuais, relacionadas à assistência como: a demora na entrega de exames laboratoriais e de marcação de consultas médicas, a falta de médicos na Estratégia Saúde da Família, o mau atendimento dos profissionais de saúde, entre outros, como se pode observar nas falas:

[...] relata estar com um pedido de exame de um senhor de 75 anos com data de 25 de setembro de 2008 e o resultado veio agora dia 29 de janeiro de 2009, diz que é um descaso com a comunidade que os pacientes são julgados como analfabetos porque quando fazem exames recebem um papel que fala que o exame será entregue em quinze dias, mas a realidade é totalmente outra, pois, a maioria atrasa meses... (Usuário não conselheiro, em reunião de 29/01/2009).

[...] cobra do Secretário de Saúde redução no prazo de entrega de exames que está sendo muito longa, implantação de cartão para registro e acompanhamento de medicação de pressão arterial, mais empenho e profissionalismo dos profissionais, porque são pagos para trabalhar e atender direito os usuários e finaliza sugerindo que todos os postos de saúde tenham uma urna para sugestão e críticas idiota (Conselheiro, em reunião de 29/10/2009).

Na variável política de saúde e formulação de estratégias, não era habitual os conselheiros serem convidados para participarem do planejamento, formulação de políticas públicas, juntamente com os membros do governo. Na maioria das vezes, os projetos que necessitam de aprovação de outras instâncias hierárquicas eram apresentados para serem deliberados pelo CMS já finalizados, tendo o conselho apenas o papel de aprovar as propostas para que as mesmas pudessem ser encaminhadas para o governo estadual ou federal. Em poucos momentos, ficou evidenciada nos registros das atas, a participação dos conselheiros na formulação de estratégias de saúde pública juntamente com o governo. Algumas vezes os projetos eram encaminhados anteriormente para análise dos conselheiros para posterior aprovação em plenária, porém nem sempre os conselheiros tinham a oportunidade para realizar qualquer modificação. Muitas vezes, eles demonstravam a insatisfação para o gestor municipal, por não poder participar das formulações de estratégias da saúde, conforme trechos extraídos das atas:

[...] o erro é aprovar para depois negociar, que a gente tem que negociar primeiro para depois aprovar as coisas (Conselheiro, em reunião de 24/06/2010).



[...] fala ao gestor e lhe pede pelo amor de Deus, pra que quando ele quiser fazer qualquer coisa que coloque no papel e traga para discutir no conselho, porque quando o gestor diz que esta pensando, na prática já está acontecendo (Conselheiro 1 em reunião de 29/10/2009).

[...] só que pra melhorar o serviço público de saúde, não é o Secretário nem o Prefeito que tem que ter idéias, tem que pegar aquilo que está escrito, trazer para o conselho discutir e fazer uma verificação do que é melhor pra saúde, porque se não a prefeitura vai estar fazendo agente de idiota (Conselheiro 2 em reunião de 29/10/2009).

[...] mas que o processo de instalação deveria vir para o Conselho toda vez, não apenas para o CMS aprovar, mas de antemão tomar conhecimento de local e ter oportunidade de investigar e apresentar outras possibilidades, porque esta seria a metodologia mais correta (Conselheiro em reunião de 29/04/2010).

O Conselho é chamado para aprovar tudo, mas na hora de acabar com as coisas faz sem o Conselho saber... (Conselheiro em reunião de 25/06/2009).

Como não era comum os conselheiros serem convidados para discutirem políticas de saúde com os gestores municipais, era durante as plenárias do conselho que eles aproveitavam para sanar as suas dúvidas e opinar sobre as decisões do governo. Observa-se, a seguir, um exemplo de solicitação do Conselho ao gestor municipal sobre o novo modelo estratégico e funcional para a atenção básica no município, projetado para ser implantado sem o conhecimento prévio do CMS. Observa-se que os conselheiros possuíam um amplo conhecimento sobre a política de saúde em discussão.

[...] não é ela que está questionando se ele está fazendo um mau governo ou não, que a proposta do ponto de pauta é porque corre no município o burburinho de que estão sendo feitas mudanças, daí ela, como conselheira tem o dever legal, legítimo e moral de vir ao conselho questionar para o governo que tipos de mudanças ele está propondo, porque o que corre no município é que o médico de saúde da família voltou a atender no modelo de 1997, baseado na demanda da senha, da fila, distribui 32 fichas a quem veio procurar a saúde e só, por isso é que solicitou de maneira oficial, que o gestor municipal colocasse para todos o que estava acontecendo e qual a nova lógica, porque o entendimento que tem do que está proposto é que o médico de saúde da família vai ficar estático na unidade esperando as pessoas adoecerem para chegar à unidade que vai distribuir 32 fichas dia e o médico vai atender o paciente dentro dessa nova organização de saúde da família. (Conselheiro 1 em reunião de 29/10/2009).

[...] esclarece que defende até debaixo d'água que a estratégia de saúde da família não é a única forma de organização da atenção básica, mas de uma coisa não se pode fugir, o Ministério da Saúde não aceita outra forma de organização da atenção primária e o Brasil inteiro sabe disso, daí sua preocupação porque já viu isso antes, sempre que aparece no município um gestor querendo fazer mudanças fenomenais quem paga o pato somos nós, porque o SUS é todo estruturado baseado em todo arcabouço legal, jurídico e de portarias e não dá para fugir disso, daí o medo de que passe batido pelo conselho o fato de que o município ao fazer uma inversão do modelo esteja contrariando a portaria 648, mas como pano de fundo esteja avisando para o Ministério que ele tem estratégia de saúde da família (Conselheiro 2 em reunião de 29/10/2009).

Segundo as informações terá uma equipe volante só para fazer visitas aos acamados, só que a visita domiciliar não é feita apenas aos acamados, ela também tem uma outra conotação de promoção da saúde, de enxergar o indivíduo dentro do seu habitat comunitário, natural e social, e a partir do momento que se tira isto do médico da equipe da saúde da família e coloca isto nas mãos de um outro grupo que não tem vínculo com a comunidade também fere a portaria 648 (Conselheiro 3 em reunião de 29/10/2009).

[...] como todos já sabem o SUS é considerado o maior e melhor plano de saúde do mundo, mas que, o gestor municipal fala em mudar o modelo, só que o modelo já está pronto, as peças é que não estão funcionando adequadamente (Conselheiro 4 em reunião de 29/10/2009).

Em relação às diretrizes e instrumentos de gestão do SUS, o mesmo ocorre. Periodicamente, o governo necessita de encaminhar para conhecimento e deliberação do CMS Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Termo de Compromisso e Gestão, Relatório Anual de Gestão e projetos de saúde que visam à captação de recursos financeiros, pois, através desses instrumentos de gestão, o Ministério da Saúde consegue realizar o seu planejamento, direcionar e monitorar as ações de saúde desenvolvidas pelo governo municipal. Ainda no que se refere aos instrumentos de gestão, também foi alocado nessa variável os assuntos relacionados aos programas estaduais como os Relatórios do Programa Saúde em Casa, o Plano de Ações e Metas do programa DST/AIDS, entre outros.

Como as legislações estipulam que todos os instrumentos de gestão estaduais ou federais e projetos de saúde necessitam da deliberação do Conselho, pois caso contrário o município poderá sofrer penalidades, frequentemente observamos nos registros das atas que o governo encaminhava esses relatórios para serem analisados pela comissão interna do Conselho antes das plenárias. Durante as reuniões ordinárias, o parecer é lido pela comissão que já havia estudado o documento previamente, colocado em apreciação, recebendo votação favorável por unanimidade. Porém, um dos grandes problemas enfrentados pelo CMS é em relação ao comparecimento dos trabalhadores da gestão nas reuniões das comissões para prestar esclarecimentos aos membros do Conselho. A seguir encontra-se a indignação de um conselheiro em relação à má vontade dos gestores de reunir-se com os conselheiros para discutir os instrumentos de gestão e projetos.

[...] diz que o plano que deveria ser discutido no início do ano está sendo discutido no final do ano, e alguns representantes da secretaria vem com a maior má vontade pra reunir e prestar esclarecimentos, que às vezes há uma dificuldade muito grande de diálogo com essas pessoas pra que haja compreensão... (Conselheiro em reunião de 28/10/2010).

[...]o gestor municipal tinha a mania de chegar na hora da reunião e pedir ao CMS que o autorizasse a pleitear junto ao MS algum projeto, alegando que depois traria o projeto para ser discutido no CMS (Conselheiro em reunião de 04/08/2011).

Daí o papel do conselho é pegar este instrumento e usá-lo como base para construir junto com o gestor a estruturação de um conjunto de normas e indicadores com metas definidas para o plano plurianual e estar acompanhando o processo de execução para ver se está funcionando a atenção básica e as outras estruturas do serviço de saúde, porque nenhum serviço irá funcionar se não houver comprometimento dos profissionais, se não houver uma política de gestão do trabalho humanizada e descentralizado com a participação da comunidade e, sobretudo se não houver uma estrutura e condições adequadas para que o trabalhador execute suas ações é extremamente importante que o Conselho acompanhe tudo isso (Conselheiro em reunião de 25/06/2009, em que foi demonstrado pelo Gestor Municipal de Saúde, o alcance de apenas 50% das metas estipuladas pelo Pacto pela Saúde).

Cada nível de gestão, seja ele municipal, estadual ou federal, possui instrumentos específicos de gestão capazes de demonstrar como está funcionando o SUS, através da estipulação de metas, recursos financeiros e ações. Esses instrumentos tem uma lógica nacional de funcionamento, procurando articular os diferentes níveis de governo, no que diz respeito à atenção à saúde. Alguns são elaborados anualmente, outros são plurianuais, porém requerem revisões periódicas para os devidos ajustes. O fato é que todos esses instrumentos de gestão devem ser aprovados pelos conselhos de saúde antes de serem encaminhados para as instâncias hierárquicas superiores (BRASIL, 2002). Nesse período do governo, pelas atas do CMS, pode-se evidenciar a aprovação de vários instrumentos de gestão, como:

- Plano Municipal de Investimento da Atenção Primária em Saúde (reunião realizada em 30/04/2009).
- Relatório de Gestão 2007 e 2008 (reunião realizada em 30/07/2009).
- Plano de Intensificação da Dengue (reunião realizada em 26/03/2009).
- Termo de Compromisso e Gestão (reunião realizada em 27/05/2010).
- Aprovação do plano de ações e metas em saúde 2010 (reunião realizada em 28/10/2010).
- Entre outros...

Também ficaram alocadas nessa variável as pautas relacionadas às discussões referentes à Conferência Municipal de Saúde e as Plenárias de Saúde. Nos registros, ficou evidente a importância desses momentos para os conselheiros, pois, a cada dois anos, o

CMS organiza as Plenárias de Saúde intercalando-se com a Conferência Municipal de Saúde. Essas atribuições vêm ao encontro do que é preconizado pelo regimento interno do CMS, que estabelece que um dos deveres do CMS é exigir do governo municipal a convocação e a realização desses encontros com a sociedade civil. Destacam-se alguns momentos que houve discussões durante as reuniões sobre a organização das plenárias e conferências de saúde:

[...]precisamos deliberar sobre a temática, data, duração e informou que deverão ocorrer as plenárias distritais. [...] o tema será Pacto pela Saúde: Fortalecimento da gestão do SUS, da Força de Trabalho, Humanização e Controle Social (conselheiro em reunião de 30/04/2009).

[...] a comissão organizadora para a VII Conferência Municipal de Saúde deverá ter em média oito conselheiros [...] e porque todos devem ter disponibilidade porque a conferência ocorrerá em julho e será precedida por dez pré-conferências regionais e que antes dos eventos propriamente ditos tem todo um processo de organização pra montar o regimento interno, regulamento, programação e divulgação... (conselheiro em reunião de 28/10/2010).

A Plenária Municipal de Saúde se reunirá ordinariamente no segundo ano após a Conferência Municipal de Saúde, tendo a atribuição de avaliar a execução do Plano Plurianual e os resultados das ações em saúde, discutir outras questões eminentes e, se for o caso, formular, a partir das diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde, novas estratégias para alcance dos objetivos traçados, ou propor alteração dos objetivos em função de novas prioridades. São nas conferências municipais de saúde que são emanadas as diretrizes dos planejamentos das ações de saúde (SANTA LUZIA, 2009).

Os temas referentes à fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde prestados a população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS no município estavam presentes em 15% das pautas avaliadas. Isso demonstra a pouca apropriação deste tema pelos conselheiros. Assim, os assuntos discutidos nas reuniões sempre se referiam aos acontecimentos individuais que ocorriam na saúde como falta de recursos humanos e materiais, infra-estrutura precária de algumas unidades, atraso excessivo na entrega de exames laboratoriais, falta de medicamentos, falta de transporte para encaminhar os pacientes que realizam tratamento em Belo Horizonte, entre outros. As falas seguintes se relacionam as indignações de alguns conselheiros:

Eu recebi uma denúncia de que estava difícil um médico fazer um parto no Hospital [...] porque não tinha anestesista de plantão (Conselheiro em reunião de 13/01/2009).

Lá no posto [...] está uma sujeira só, muito mato, banheiro sujo, muitas moscas, está um horror (Conselheiro em reunião de 13/01/2009).

[...] toma a palavra dizendo das constantes reclamações dos usuários sobre a maternidade: falta de recursos humanos, do não entendimento sobre o direito do usuário quanto ao permitir acompanhante e falta de respeito com a fragilidade do paciente. [...] parecer haver uma preferência pela cesariana em detrimento do parto normal, contrariando as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Sugeriu maior transparência na prestação de contas e maior participação do CMS no Hospital (Conselheiro em reunião de 08/10/2009).

[...]. cobra mais responsabilidade dos conselheiros porque tudo que o governo apresenta, os conselheiros aprovam sem saber o que é e depois não fiscalizam nada... (Conselheiro em reunião de 17/12/2009).

Verifica-se que a fiscalização do Conselho é voltada para os serviços oferecidos nos pontos de atenção à saúde da população. Em nenhum momento, foi verificado nos registros das atas o controle e o acompanhamento dos programas relacionados à saúde integral do cidadão, através da análise de indicadores estipulados pelo Conselho.

Um dos componentes estratégicos da gestão participativa é a descentralização dos conselhos através dos Conselhos Locais de Saúde, em que a comunidade fica mais próxima da dinâmica dos serviços de saúde da unidade e interage com as demais organizações do bairro, possibilitando uma fiscalização, acompanhamento e controle mais amplo dos serviços prestados à sua comunidade. A discussão com a comunidade consiste numa estratégia importante para agregar a população e grupos em torno da problematização de suas condições de saúde e para promover a mobilização da comunidade no sentido de suas necessidades ser incluídas como prioridades da gestão do SUS em determinado local (MATUOKA; OGATA, 2010).

No quesito execução financeira e orçamentária da saúde, o CMS mostrou-se bastante incipiente. Em nenhum momento, foi evidenciada nos registros a participação dos conselheiros em relação ao estabelecimento de critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde. Os conselheiros participavam apenas das aprovações das prestações de contas que foi referente a 0,10% das pautas analisadas. A execução financeira era uma das pautas que mais trazia discussão nas plenárias, pois, sempre os conselheiros tinham dificuldade de conseguir todos os documentos necessários para serem analisados e nem sempre o contador se mostrava disponível para auxiliá-los nos entendimentos das documentações. Além disso, as documentações referentes à execução orçamentária não eram repassados aos conselheiros periodicamente para análise, eles tinham acesso apenas quando era preciso encaminhar as

prestações de contas para as instâncias governamentais superiores e para isso era necessária a deliberação do CMS. A seguir a passagem de uma das atas, que se refere à indignação de um dos conselheiros em relação à prestação de contas da saúde do município.

[...] o conselheiro cita o artigo 12 da lei 8689/93 que determina que a cada três meses o Gestor deva prestar contas ao Conselho sobre as receitas e despesas do Fundo, fala que tem visto na Câmara Municipal citações de recursos que vem do Governo Federal e deveria passar também pelo Conselho, diz que com esta preocupação fez um requerimento ao Gestor para tomar as determinadas precauções em relação às contas de agora para frente, porque se continuar assim, vai entrar no Tribunal de Contas pedindo parceria para conhecimento das contas da saúde do município (Conselheiro reunião de 24/06/2010).

[...] a Comissão de Fiscalização e Contas não conseguiu formar um relatório por não ter acesso aos documentos necessários (Conselheiro em reunião de 27/08/2009).

[...] a plenária decidiu que as contas de 2008 deverão ser encaminhadas ao Ministério Público para verificação, o presidente informa que a mesa diretora providenciará a solicitação ao MP e esclarece que vê esta situação como sendo boa para o governo e usuários, porque existem as dúvidas e divergências, cujos esclarecimentos não atendem as necessidades de esclarecimentos, e se de fato não houver nada de errado com as contas será bom pras duas partes, pro governo que provará transparência e pros usuários que terão mais confiança e tranquilidade na verificação das contas (Conselheiro em reunião de 28/10/2010).

Finalmente, 36,7% das pautas estão alocadas em outros assuntos que foram abordados pelo conselho municipal de saúde como: divulgação de eventos, discussões sobre regimento interno, diretrizes da mesa diretora bem como as atribuições das comissões criadas no Conselho para acompanhar, fiscalizar alguma ação de saúde.

As comissões internas tem a finalidade de otimizar e agilizar o funcionamento do CMS através da apreciação das questões referentes a cada tema, propondo soluções à Plenária (SANTA LUZIA, 2009).

Um dos grandes problemas relatados nas atas do CMS é em relação à composição da Mesa Diretora, órgão executor do CMS, composta pelo Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário e 2º secretário, sendo os seus membros eleitos anualmente pela plenária. Somente os conselheiros efetivos poderão compor a Mesa. Num determinado período da gestão, o Secretário Municipal de Saúde foi nomeado como presidente do CMS, porém, devido à sobrecarga de trabalho não tinha tempo para reunir com os outros membros da Mesa para deliberar sobre as questões discutidas nas reuniões e isso acabava prejudicando os encaminhamentos e gerando insatisfações entre os membros da plenária.

[...] se a Mesa Diretora não se reúne, não têm encaminhamentos. Tem recebido desagradáveis cobranças em relação às resoluções e deliberações do Conselho, porque as que são de interesse do Governo imediatamente são homologadas, as que não são de interesse do Governo e principalmente as que são de cobrança ou de pressão são engavetadas (Conselheiro 1 em reunião de 24/06/2010).

[...] são coisas que chegam até a Mesa Diretora para ser encaminhadas, para tomar decisão e fica tudo na estaca zero e à população está cobrando não só por fala, mas através do sofrimento e a dor que se passa por falta de mais ações, de providências, falta de consideração e amor ao próximo (Conselheiro 2 em reunião de 24/06/2010).

Em outro momento, o Secretário Municipal de Saúde não compunha a Mesa Diretora. Sendo assim, nem sempre participava das reuniões e isso acabava prejudicando as discussões dos conselheiros de saúde, pois muitos assuntos precisavam de seus esclarecimentos. Consequentemente, os gestores e trabalhadores de saúde também começaram a não comparecer nas reuniões, mesmo quando convocados pelo CMS, prejudicando o andamento das plenárias, pois, quando algum serviço de saúde era pautado, necessitava-se da presença do responsável para que fosse dado conhecimento do problema e tomado às devidas providências. Esse fato acarretou várias discussões nas plenárias como se pode observar a seguir:

[...] o conselho acaba ficando numa condição de subordinação... (Conselheiro em reunião de 24/06/2010).

[...] o CMS não pode ficar refém da situação de as pessoas serem convocadas para responderem sobre determinado ponto de pauta e não comparecem e a pauta fica se repetindo em várias reuniões e as decisões ficam travadas... (Conselheiro em reunião de 30/09/2010).

[...] diz que temos que parar de fazer o papel de palhaços, porque convocamos uma, duas, na terceira se não comparecerem já tiramos um encaminhamento para o Ministério Público, porque eles só comparecem se tem alguma coisa de interesse deles, se não só tem usuários, e a gente fica repetindo quatro, cinco vezes uma coisa que já poderia ter sido eliminada... (Conselheiro 1 em reunião de 28/10/2010).

[...] na realidade a situação que estamos vivendo hoje é muito mais preocupante, porque antes quando o governo tinha interesses na matéria, eles lotavam a casa com os representantes dos trabalhadores e do governo e aprovava, contando naturalmente com alguns usuários quando não havia entendimento geral, e a situação hoje preocupa muito mais porque estão comparecendo uns poucos representantes dos trabalhadores e do governo, estão esvaziando e jogando o pepino inteiro em nossas mãos e qualquer coisa que aconteça a responsabilidade é nossa e temos que pensar muito no peso de tudo que fizermos, diz ter a ilusão de que como a vaca está indo para o brejo decidiu deixar os usuários conduzirem a coisa... (Conselheiro 2 em reunião de 28/10/2010).

[...] cobra maior participação dos representantes dos trabalhadores e do governo nas reuniões alegando que apesar da importância dessa reunião a maioria dos

representantes desses seguimentos está ausente (conselheiro em reunião de 26/08/2010).

Outro desafio que se pode observar nas atas do CMS, foi em relação às condições de trabalho oferecidas para os conselheiros como transporte, recursos financeiros e locais para funcionamento. Destaca-se a fala de um conselheiro apropriado de argumentos solicitando condições de trabalho para o governo:

[...] os recursos para cobertura do orçamento do CMS estão garantidos na transferência de recursos Fundo a Fundo do Ministério da Saúde, contemplado dentro das transferências destinadas ao Bloco de Gestão da Saúde, conforme determinação da portaria n 204/GM de 29/01/2007 que regulamenta toda forma de repasse financeiro para os municípios e deixa claro que os recursos para o Controle Social estão dentro do Bloco de Gestão. (Conselheiro1 em reunião de 17/12/2009).

[...] este Conselho não tem dado condições necessárias para que o Conselheiro atue, porque temos uma rédea no pescoço, principalmente no que diz respeito a Recursos Financeiros, e a gente não tem que ficar tirando do bolso pra fazer Controle Social, para fazer Política de Saúde, portanto caba ao conselho aprovar sobre forma de Resolução e se houver dúvida ou dificuldade por parte do Poder Público que ele tenha coragem de vir dizer a este Conselho para que a gente tome as devidas providências (Conselheiro 2 em reunião de 17/12/2009).

Segundo o art.30, item VII da Portaria N°204/GM de 29 de Janeiro de 2007 (BRASIL, 2007) o bloco de financiamento da gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema apoiando entre outras, as ações de Incentivo à Participação e Controle Social.

Durante a análise dessas atas, observou-se a inoperância do Conselho em relação a algumas atribuições como: a definição de critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde; exigir a manutenção de uma política sanitária eficiente de acordo com as complexidades e especificidades do município, desenvolver a política de promoção à saúde, promover e incentivar a pesquisa e estudos sobre prevenção da doença e medicina preventiva e curativa.

Também se verificou a ausência de divulgação para a sociedade das matérias que eram debatidas e emanadas pelo Conselho.

Em relação à definição de critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas, observou-se através das atas que em nenhum momento o CMS era convidado a opinar a respeito da privatização de alguns serviços públicos de saúde, sendo essa decisão apenas informada para o Conselho e tomada apenas



pelo Gestor Municipal. A todo o momento o CMS mostrou-se contra a privatização levando a discussão para a plenária como podemos verificar a seguir:

[...] outra preocupação é a privatização da terceirização do laboratório, o sistema único de saúde, o SUS tem como único objetivo prestar serviço de qualidade a população, este é o objetivo do SUS, por mais difícil que seja, por maior que seja a dificuldade, e entendemos as dificuldades dos gestores em todas as esferas de governo porque os recursos são poucos, mas estes poucos recursos às vezes é mal administrado (Conselheiro 1 em reunião de 29/10/2009).

Não adianta pegar um serviço que não está funcionando direito e entregar para a iniciativa privada, porque o objetivo dela é o lucro e a pretensão do SUS não é gerar lucro e sim gerar serviços de qualidade, na medida em que entregamos pra iniciativa privada estamos correndo riscos de ter que pagar mais, e talvez ter que reduzir a quantidade, se eu posso pagar pra iniciativa privada e ter um serviço de qualidade, eu posso gerenciar o serviço que tenho e fazê-lo funcionar com qualidade, na medida em que eu entrego estou simplesmente lavando as mãos da minha responsabilidade de gerenciar com competências e severidade o serviço que tenho, está é outra preocupação, inclusive está acontecendo as caravanas nacionais no sentido de transformar o SUS em Patrimônio Imaterial da Humanidade. Exatamente pra que este seja um sistema que nunca possa ser desmantelado, portanto o que está sendo discutido a todo o momento é o fortalecimento da gestão. Como eu fortaleço a minha gestão da saúde entregando os meus serviços à iniciativa privada? (Conselheiro 2 em reunião de 29/10/2009).

No que se refere à Política de Promoção à Saúde em raros momentos evidenciou-se nas atas assuntos relacionados. Quando focado, referia-se aos macrodeterminantes ambientais como coleta de lixo, saneamento básico, entre outros.

[...] afirma que os problemas de saneamento básico impactam negativamente na saúde pública e que há pouca cobrança por parte da população e por isto as autoridades agem com irresponsabilidade no tratamento de esgoto (Conselheiro em reunião de 08/10/2009).

[...] solicita providências sobre um empreendimento de natureza de incineração de lixo hospitalar e industrial, que devido à sua fumaça vem acarretando vários danos à saúde da população (Conselheiro 1 em reunião 28/01/2010).

[...] solicita providências pois a coleta de lixo não está sendo realizada (Conselheiro 2 em reunião 28/01/2010).

### 3.1. Controle Social x Participação Social

No campo da saúde, o controle social deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. Essa noção deve indicar uma nova mobilidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, onde o controle social é ao mesmo tempo resultado do processo de democratização do país e um pressuposto essencial para a consolidação desse ideal democrata (GERSCHMAN,2004).

No contexto sociopolítico brasileiro, a partir da instituição do SUS, a saúde passa a emergir como uma questão de cidadania, e a participação política na gestão do sistema se tornam uma condição *sine qua non* para o seu exercício. Diante dessa realidade, os conselhos de saúde se tornam um importante elemento para a participação da sociedade na tomada de decisão, e também um mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS (COTTA et al, 2011).

Ao analisar as atas, observa-se que em alguns momentos o Conselho demonstra ter conhecimento sobre o SUS e seus deveres e solicita respeito perante o governo, mesmo que para isso seja necessário a ajuda de outros órgãos fiscalizadores:

[...] repete o encaminhamento para convocar audiência com o prefeito e secretário de saúde [...] para dialogarmos com o executivo, não sendo possível a gente deve buscar outras instâncias de controle social como o Ministério Público (Conselheiro 1 em reunião de 28/10/2010).

[...] ficando aprovado que a Mesa Diretora deverá convocar o prefeito, o Gestor da Saúde [...] para a audiência com o Conselho Municipal, tendo a audiência a finalidade de discutir os seguintes assuntos: falta de médicos nos PA's e Clínicas Especializadas, falta de transporte para a saúde, falta de medicamentos na farmácia municipal e no serviço de terapia natural, situação do laboratório municipal e promessa de concurso público (Conselheiro 2 em reunião de 28/10/2010).

[...]O papel nosso não é defender o usuário, o papel nosso é defender o SUS, pois o usuário tem direito a um atendimento digno. O papel não é defender puramente o interesse do usuário. O papel do usuário é receber aquilo que está preconizado dentro do SUS (Conselheiro em reunião de 29/01/2009).

Todas as reuniões ordinárias do CMS são divulgadas anteriormente nos serviços de atenção à saúde do município para que a população possa participar, pois, no

início das reuniões da plenária é concedido um tempo para que o usuário possa se manifestar, pois é dever de todo cidadão realizar o controle social.

O Quadro 1 evidencia a participação dos usuários não conselheiros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 1 – Participação dos usuários não conselheiros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, período 2009-2011.

Quantitativo de reuniões	Quantitativo de usuários não conselheiros
07	03
07	02
09	01
05	0

Fonte: atas do CMS, 2009-2011

Ao analisar o Quadro 1 verificamos que não é comum a participação dos usuários não conselheiros nas reuniões. O máximo que tivemos foram três participantes.

Este espaço representa uma forma de participação direta da sociedade na administração local, pois tem a função de acompanhar o funcionamento das unidades de saúde e zelar pelo atendimento das necessidades da comunidade de sua região, além de interagir com demais estruturas sociais de sua área de atuação.

Os conselhos de saúde não devem ser entendidos como uma instância burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização, uma vez que são canais institucionais de participação na gestão governamental, em que há articulação política de diferentes sujeitos com suas diversas representações, inclusive da sociedade, e os atores principais negociam as situações em busca de soluções para os problemas de saúde da população dos bairros, distritos e municípios (ASSIS; VILLA, 2003).

Através dos registros das atas verificamos que as reclamações desses usuários não conselheiros nas reuniões eram particulares, muitas vezes relacionados a necessidades pontuais e curativistas e raramente tratava-se do coletivo. Talvez, isso se deva a falta de conhecimento dos usuários em relação ao poder que a participação popular tem na construção de políticas sociais.

[...] relata que a irmã passou mal e não foi atendida no PA, pois segundo o serviço de triagem [...] era caso para ser atendida no posto de saúde (Usuário não conselheiro 1 em reunião de 27/05/2010).

[...] solicita autorização para cirurgia de catarata, pois já fez os exames de risco cirúrgico e o tempo está passando e pode perder a validade (Usuário não conselheiro 2 em reunião de 27/05/2010)

Segundo Kleba *et al.* (2010), se defendemos que estes fóruns são espaços de exercício de cidadania e democratização do poder, os conselheiros devem ampliar sua atuação no campo da comunicação, qualificando sua capacidade de acessar e processar informações, criando e fortalecendo canais e processos de diálogo com diferentes atores sociais. Ampliar e fortalecer a participação social requer que os conselhos se constituam em elos de ligação na rede de parcerias em prol da construção de condições favoráveis à vida. Apesar dos esforços para a consolidação dessa visão moderna de participação social, nota-se que o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais. O que se tem na realidade é um processo de construção lenta da cidadania como um valor coletivo, observando na prática uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela instabilidade política, social e econômica, vivenciada nos últimos anos, não contribuindo, assim, para o efetivo amadurecimento da cidadania plena no Brasil. Destacamos, ainda, que esses direitos foram instituídos no país, em contextos autoritários, de baixa percepção política, marcados por desigualdades entre as classes populares e os demais setores da sociedade.

#### **4. Conclusão**

No contexto em estudo, conclui-se que embora a organização do Conselho Municipal de Saúde encontra-se dentro dos parâmetros estabelecidos pelas legislações federais, há deficiência na sua dinâmica de funcionamento relacionado com as funções que lhe são atribuídas.

Os assuntos abordados pelo Conselho são bastante complexos, exigindo um profundo conhecimento do SUS. Nota-se que o governo atribui ao Conselho apenas a função de deliberar e fiscalizar sobre as políticas de saúde. Os resultados demonstram que na maioria das vezes o conselho está homologando as propostas governamentais, quando deveria cumprir sua função deliberativa, discutindo e propondo junto ao governo melhorias para a saúde pública, deixando assim, a desejar o seu papel consultivo.

A Participação Popular e o Controle Social mostram-se ainda tímidos e imaturos para intervirem de forma decisiva nas políticas de saúde e na qualidade de vida das pessoas. O modelo biomédico ainda deixa sua marca na forma das pessoas entenderem a saúde. Nas atas, houveram frequentes questionamentos inflamados dos conselhos ou comunidades em relação a atendimentos, exames, procedimentos ou cirurgias ofertados, ou seja, a política de promoção à saúde ainda não é enxergada com a devida importância pela sociedade organizativa.

A não resolutividade e efetividade do conselho podem ser atribuídas não apenas a falta de preparo da população para exercer o controle social como também a falta de importância que é dada pelos gestores municipais a esse espaço democrático.

Os resultados demonstram que o grupo de conselheiros é heterogêneo, sendo que poucos conselheiros conhecem os seus deveres enquanto agentes do controle social, sendo visto pelos gestores como uma fragilidade. Verificou-se que apenas uma pequena parcela é composta por pessoas que detém conhecimento de saúde pública e essas, quando manifestavam, faziam prevalecer os seus direitos.

A fragilidade da participação social pode ser vista pelos gestores da saúde como positiva, pois, a formulação de estratégias de saúde pública e a utilização dos recursos públicos são realizadas levando-se em conta apenas a opinião do Gestor de Saúde. Em contrapartida pode ser vista como negativa para os órgãos fiscalizadores, uma vez que dificulta o controle sobre os recursos públicos.

As maiores dificuldades encontradas pela população estão relacionadas não apenas ao aprendizado necessário para a efetiva participação e controle social, como também é um grande desafio fazer com que os gestores de saúde trabalhem juntamente com o Conselho.

Outro grande desafio é sensibilizar a população sobre a importância da sua atuação no controle social, quanto ao seu pleno exercício de cidadania, pela garantia de uma saúde pública de qualidade. Para isso, é necessária uma maior visibilidade do Conselho Municipal de Saúde através de divulgações das suas ações.

## 5.Referências

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 11, n.3, pp. 376-382, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº8.142, 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 204/GM de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 33-92. Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. SUS: Instrumentos de Gestão. Brasília. 2002.

COTTA R.M.M; CAZAL, M.D.M; RODRIGUES, J.F.D.C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 19, n.02, p. 419 - 438, 2009.

COTTA, R.M.M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.

COTTA, R.M.M. et al.. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 16, pp. 1-8, 2006.

CUNHA, S.H. *O Controle Social e os seus instrumentos*. Salvador. BA, 2003.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública*, v.20, n. 6, p. 1670-81, 2004.

KLEBA, M.E. et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. saúde coletiva*. v. 15, n. 3, p. 793 - 802, 2010.

MATUOKA, R.I, OGATA, M.N. Análise Qualitativa dos Conselhos Locais da Atenção Básica de São Carlos: A Dinâmica de Funcionamento e Participação. *Revista de APS*, v.13, n.4, p. 396 - 405, 2010.

SANTA LUZIA. Conselho Municipal de Saúde. Regimento Interno. 2009. 14p

SANTA LUZIA. Lei nº1.621/93. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

SILVA, A.X.; CRUZ, E.A; MELO, V.A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12, n.3, pp. 683-688, 2007.



## Anexo 1 – Solicitação para a realização da pesquisa



### **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA**

Santa Luzia, 10 de novembro de 2010

#### AUTORIZAÇÃO

Autorizo a coordenadora Renata Tarbes Machado a ter acesso a todas as documentações referentes ao Conselho Municipal de Saúde de Santa Luzia para que possa realizar o seu trabalho de conclusão de curso.

Atenciosamente,

Dr. Paulo de Tarso Machado Auais

Secretário Municipal de Saúde