

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS EM
SAÚDE**

BRUNO SOUZA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE
FUNCIONAMENTO DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
ALAGOINHA - PE**

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- L372a Lima, Bruno Souza de.
Avaliação das condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Alagoinha-PE. / Bruno Souza de Lima. - Recife: [s.n.], 2010.
49 p. : ilus., graf.
- Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010
Orientador: Wallacy M. N. Feitosa.
1. Conselhos de saúde. 2. Avaliação de desempenho. 3. Participação comunitária. 4. Políticas públicas de saúde. 5. Sistema único de saúde I. Feitosa, Wallacy M. N. II. Título.

CDU 614.39

BRUNO SOUZA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHA - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

ORIENTADOR: Prof. Ms. Wallacy M. N. Feitosa

RECIFE

2011

BRUNO SOUZA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHA - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professor Mestre Wallacy M. N. Feitosa
Faculdade ASCES

Professor Doutor Petrônio José de Lima Martelli
CPqAM\FIOCRUZ

A DEUS, o Senhor da minha vida, obrigada por tu me guiares no decorrer desta longa jornada, estando comigo em todos os momentos e me proporcionando força interior para vencer e superar obstáculos. A Ti Senhor, que me deste o dom da vida e permitiste que mais uma etapa da minha vida fosse concluída.
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Luiz e Selma que durante toda minha vida estiveram ao meu lado, ensinando ter responsabilidade, caráter, humildade, honestidade e amor; qualidades que contribuíram para realização da minha formação moral e profissional. Ofereço-lhes o mérito da minha vitória.

A minha turma, por tantas alegrias proporcionadas e amizades conquistadas.

Ao meu orientador, Wallacy pela compreensão e apoio e encaminhamentos na elaboração deste trabalho. Meus eternos agradecimentos.

Aos conselheiros de saúde do município de Alagoinha – PE que compuseram a pesquisa lhes dedico o meu maior carinho, gratidão e respeito.

Um agradecimento especial a todos que aqui não foram relacionados, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho. Obrigado!

LIMA, BRUNO SOUZA de. **Avaliação das condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de ALAGOINHA-PE.** 2011. Monografia (Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação popular foi institucionalizada na gestão da saúde. Foram estabelecidas como instâncias para o exercício do controle social as conferências e os conselhos de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar as condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde do município de Alagoinha (PE). Tratou-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, onde foram realizadas entrevistas, através de um formulário estruturado, com todos os conselheiros de saúde deste município possibilitando, desta forma, analisar o nível de conhecimento dos respectivos conselheiros e identificar problemas existentes no referido conselho. O Conselho Municipal de Saúde tem papel fundamental na formulação, execução e fiscalização de políticas públicas em saúde nessa esfera de governo e demonstra a capacidade de controle social que aquela comunidade apresenta. É esse Controle Social que torna capaz a possibilidade de cidadãos comuns, usuários do SUS, profissionais de saúde, gestores de saúde, prestadores de serviços públicos e privados, participarem na formulação das políticas públicas de saúde que serão implementadas em seu município. Porém, o que se vê Brasil afora, são Conselhos Municipais de Saúde, com caráter apenas consultivo e homologador de decisões das quais eles não participam das formulações, e não, deliberativo como preconizado. Esta pesquisa procurou elucidar alguns entraves que fazem com que os Conselhos Municipais de saúde não consigam desempenhar o seu real papel, que é fazer valer os direitos de todos os cidadãos, que buscam uma saúde cada vez mais universal, integral e equânime.

Palavra-chaves: Sistema Único de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Controle Social.

LIMA, Bruno de Lima. **Assessment of working conditions of municipal health Council of the municipality of Alagoinha-PE**. 2011. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife Fundação Oswaldo Cruz , Recife,2011.

ABSTRACT

With the creation of the unified health system (SUS) popular participation was institutionalised in health management. Were established as instances for the exercise of social control conferences and health advice. This study aimed to evaluate the conditions for the operation of Municipal Health Council of the municipality of Alagoinha (PE). It was an exploratory study of a qualitative nature, where interviews were held, through a structured form, with health advisers holders of this municipality enabling thus to analyse the level of knowledge of their respective directors and identify problems in that Council. The Municipal Council of Health has key role in the formulation, implementation and monitoring of public policies on health in this sphere of Government and demonstrates the ability of social control that community features. Is this Social control that makes it able to ordinary citizens, users, SUS, health professionals, health managers, providers of public and private services, participate in the formulation of public health policies that will be implemented in your municipality. However, what if sees Brazil, are health, municipal councils with character only advisory and certification authority decisions of which they do not participate in formulations, and no, deliberative as advocated. This research sought to elucidate some barriers that cause the municipal health Councils fail to fulfil its real role, which is to enforce the rights of all citizens, seeking a health increasingly universal, equal and integral.

Keywords: unified health system, Municipal Health Council, Social control.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: O que é Conselho Municipal de Saúde? | 27 |
| Figura 2: Como é a atuação do Conselho Municipal de Saúde | 28 |
| Figura 3: Como é escolhido o Conselheiro Municipal de Saúde? | 30 |
| Figura 4: Qual a frequência e local das reuniões do Conselho? | 31 |
| Figura 5: Se o usuário quiser fazer uma sugestão ou reclamação, onde, em que horário e a quem deverá se dirigir? | 32 |
| Figura 6: Geralmente todos os conselheiros comparecem as reuniões? | 33 |
| Figura 7: O conselho municipal tem regimento interno? | 34 |
| Figura 8: O conselho mantém contato com os diferentes grupos sociais do município para identificar os problemas de saúde?..... | 35 |
| Figura 9: O conselho participou da elaboração do plano municipal de saúde? | 36 |
| Figura 10: Como o conselho divulga suas atividades e agenda de trabalho?..... | 37 |
| Figura 11: O conselho participa de fóruns sociais promovidos por sindicatos, outros conselhos e ministério público?..... | 38 |
| Figura 12: A secretaria de saúde de Alagoinha-PE, dentro do seu orçamento, garante recursos financeiros que possam viabilizar os trabalhos do conselho? | 39 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVO | 13 |
| 2.1 Objetivo geral | 13 |
| 2.2 Objetivos específicos | 13 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 14 |
| 4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | 24 |
| 4.1 Tipo de estudo..... | 24 |
| 4.2 Local de estudo | 24 |
| 4.3 População de estudo..... | 24 |
| 4.4 Procedimentos de coleta de dados | 24 |
| 4.5 Aspectos éticos | 25 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 26 |
| 5.1 Características da amostra..... | 26 |
| 5.2 Resultados referentes ao formulário | 26 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| Apêndice A - Instrumento de coleta de dados..... | 44 |
| Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido | 47 |
| Anexo B - Parecer do CEP/CPqAM | 49 |

1 INTRODUÇÃO

Desde as primeiras organizações de poder constituídas pelo homem, ainda na idade média, quando surgem os reis e soberanos absolutos, os conselhos tiveram a sua função. Claro que ao longo da história, em seu processo evolutivo, os conselhos foram tomando formas e funções diferenciadas até chegarem ao formato atual, como um instrumento de participação e democratização de poder social. Ou seja, os conselhos existem e acompanham o homem na sociedade constituída desde os governos absolutos até os dias atuais (BRASIL, 2002).

Aqui no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde foi constituído em 1937 por técnicos da área definidos pelo ministro da saúde e com funções especificamente técnicas. Ou seja, a história dos conselhos no Brasil data de 1937, era do getulismo, populismo e paternalismo, o conjunto que estruturou o autoritarismo no país, dentro das esferas do poder constituído. A partir de 1979, os conselhos começam a aparecer no Brasil com uma composição de representantes da sociedade e dos governos, porém ainda de forma tímida e localizada. Ou seja, sem uma articulação social mais ampla (BRASIL, 2002).

Com a constituição de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da mobilização e organização da sociedade civil pressionando os trabalhos da assembléia constituinte, as forças sociais conseguiram inserir mecanismos de participação social no texto constitucional, fato considerado de grande avanço nos direitos sociais. Os conselhos passam a representar governo, trabalhadores e usuários dos serviços implementados pelas políticas públicas. São investidos de uma capacidade pública, mas sem personalidade jurídica e atuam de maneira descentralizada na elaboração e controle de ações e programas das áreas específicas de sua atuação (BRASIL, 1999).

Uma das diretrizes fundamentais do SUS passa a ser a garantia da participação popular na definição das políticas de saúde e na fiscalização de sua implementação pelos gestores nas três esferas de governo. A sociedade tem dois espaços institucionais para garantir o controle social: as conferências e os conselhos de saúde. Esses espaços seriam paritários, ou seja, as entidades usuárias teriam o mesmo número de representantes das demais entidades (prestadores, gestores e profissionais de saúde) em conjunto. O objetivo da definição de paridade era

assegurar que a sociedade civil pudesse garantir a representatividade de seus interesses e romper com a concepção de quem deve definir as ações do estado é somente a sociedade política (através de seus técnicos ou dos interesses clientelistas e eleitoreiros dos políticos que tratam as políticas públicas como troca de favores) (BRASIL, 2001).

Durante a década de 90, a totalidade dos estados e a grande maioria dos municípios instituíram os seus conselhos de saúde, respeitando a lei da paridade. Os movimentos sociais e a sociedade civil como um todo ocuparam suas cadeiras de conselheiros. Contudo, permanece uma inquietação: a constituição de conselhos paritários garante o efetivo exercício do controle social, a democratização do poder e os interesses da sociedade civil? Não temos a menor dúvida de que o processo histórico desenvolvido, a instituição do princípio do controle social, da paridade numérica, a criação dos conselhos e das conferências, a participação dos movimentos nesses espaços foram grandes avanços (BRASIL, 2003).

Considerando a relevância do tema escolhido e a importância da participação da sociedade nos conselhos municipais de saúde, este estudo propõe conhecer as reais condições de funcionamento de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o seu efetivo poder de controle social, identificando problemas existentes em seu funcionamento e analisando o nível de conhecimento dos seus conselheiros.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Alagoinha-PE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os problemas existentes no funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Alagoinha-PE;
- b) Analisar o nível de conhecimento dos conselheiros municipais de saúde do município de Alagoinha, acerca do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Se o princípio da descentralização parte da máxima de que ‘quanto mais perto do fato for tomada a decisão, mais chance de acerto’, o princípio do controle social parte da máxima de que quanto mais envolvimento houver da sociedade na construção e fiscalização do SUS, mais chance haverá de êxito. Todos os sujeitos envolvidos no SUS têm papel na sua implementação. Profissionais, prestadores, gestores e, principalmente, usuários que estão na ponta do sistema e que acompanham o cotidiano da política pública (BRASIL, 2002).

Antes da aprovação do SUS, um dos problemas estruturais da política de saúde no Brasil era o distanciamento da sociedade na sua definição e acompanhamento, principalmente em função da ditadura. A efetivação constitucional da participação social deu-se em 1988 na nova Constituição Federal. Ela contempla, em seu artigo 198 “a participação da comunidade”. Mais tarde, a lei 8.142/90 traduziu o texto constitucional em duas formas de participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde nas três esferas de governo: União, estados e municípios (Brasil, 1990).

A conquista do controle social na saúde e outras políticas públicas vêm contemplar o anseio histórico da sociedade de radicalizar cada vez mais a democracia, em que o poder emana e está com o povo. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde não possuem caráter meramente consultivo, como querem e defendem alguns, mas deliberativo. Têm poder de decisão sobre a política da saúde.

O exercício do controle social é a democratização do conhecimento, estimulando a organização da sociedade para o efeito exercício da democracia direta na gestão do Sistema Único de Saúde. É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local (BRASIL, 2003).

O controle social é assegurado na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CARVALHO; e ARAÚJO, SILVA e FREITAS, 1995), reconhecendo a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação de conferências e de conselhos de saúde. As conferências possuem o papel preponderante de avaliar a

situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Os conselhos formulam estratégias e atuam no controle da execução das políticas de saúde.

A Lei 8.142/1990 explicita a composição dos conselhos de saúde. Garante a representação dos seguintes setores: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Define também a paridade da composição de usuários em relação às demais representações; ou seja, 50% do número total de conselheiros serão de representantes dos usuários, e os outros 50% serão de representantes dos demais seguimentos (BRASIL, 2001).

O guia de referência para conselheiros municipais (BRASIL, 1998) informa a recomendação das vagas nos Conselhos de Saúde, segundo critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo assim distribuídas: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados. Os conselheiros teriam que ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares ou outras entidades e movimentos afins. Esta questão merece uma reflexão, já que a exigência legal de paridade e representação coletiva nem sempre vem acompanhada de escolhas democráticas e participação consciente. Até mesmo porque ainda temos na sociedade brasileira baixa politização das demandas, se revelando como um processo de aprendizagem na organização do sistema de saúde.

Os Conselhos de Saúde são, portanto instâncias internas à estrutura do SUS e as suas deliberações deveriam, em geral, ser resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde), que teriam como eixos orientadores: representatividade de seus membros, visibilidade de suas proposições, transparência das relações e a articulação com a sociedade. Seria a garantia do processo democrático e qualidade das ações no processo de gestão institucional (BRASIL, 2001).

O município, nesse contexto, deveria representar um espaço privilegiado da luta social e política.

Ressalta-se que nem sempre os Conselhos de Saúde representam instâncias públicas de formação de opinião e vontade política. Um dos desafios refere-se à representatividade e legitimidade dos representantes instituídos como conselheiros nas suas relações com seus representados. Será que os Conselhos de Saúde têm

funcionado como instrumentos de interesses públicos? Quais são os interesses representados? Principalmente, se considerarmos que os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, e têm a responsabilidade de definir, fiscalizar e avaliar as políticas de saúde e a gestão do sistema no atendimento às demandas e proposições dos segmentos sociais.

No entanto, o que se percebe muitas vezes, na prática, são manifestações de interesse individual desde ou daquele grupo, em detrimento dos interesses coletivos. É preciso se construir uma nova cultura de compromisso coletivo nos espaços de gestão colegiada, visando a produção de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção em defesa dos interesses da sociedade.

Concordamos com Carvalho (1997) quando diz que os Conselhos de Saúde devem representar e defender os interesses da sociedade, cumprindo a função de indutores de responsabilidade governamental, entendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos.

Diante dessas proposições são necessários esforços para possibilitar o sistema de gestão com co-responsabilidade, envolvendo gestores, profissionais de saúde e usuários. Todos deveriam assumir uma postura de compromisso com a 'coisa pública', no sentido de dar maior visibilidade à gestão dos serviços de saúde. E nesse campo de ação e institucional se insere o controle social. Como diz Cecílio (1999): "[...] não há 'controle' possível sobre organizações 'opacas', verticais, que não explicitam suas metas e seus critérios de qualidade e nas quais não existe responsabilização pelos atos individuais e de equipe".

O controle social aqui não é tratado como forma do Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado. Este controle seria representado, em última instância, pelas instituições que são responsáveis pela gestão da saúde, pelos trabalhadores e pelos usuários do sistema. Para isto, seria importante garantir a participação efetiva do sujeito/cidadão na definição das políticas e da saúde nos cenários local, regional e nacional (BRASIL, 2003).

Os questionamentos de Aciole (2003, p.66) são pertinentes em relação ao apontado acima:

o que dizer do que conseguimos fazer em relação ao fortalecimento da sociedade organizada? Será que o fato de termos milhares de Conselhos de Saúde em funcionamento pelo Brasil afora significa a ocorrência de uma revolução silenciosa no seio da sociedade civil?.

São questões que estão em pauta de discussão, ao analisarmos os 18 anos de existência legal do SUS e a dialética das relações conflitantes e contraditórias entre Estado e sociedade civil e suas determinações histórico-sociais, econômicas e políticas.

O sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder do nível federal para o estadual e municipal; bem como a democratização das políticas públicas, reconhecendo o município como um espaço autônomo da federação. Transferem-se para este espaço novas responsabilidades e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

No entanto, não se pode negar a discussão mais ampla do papel histórico do Estado brasileiro, que é efetivado na prática por sujeitos sociais, portadores de projetos e que definem, em última instância, as políticas dos SUS nos níveis central (União), intermediário (estado) e local (município). Imprimi-se um poder político e ideológico nos micro-espacos políticos, nos quais se concretiza a gestão institucional. Os limites estão presentes; eis alguns: burocratização dos Conselhos de Saúde; autoritarismo e manipulação dos gestores locais; recursos insuficientes; baixa capacidade resolutiva da rede de serviços; centralização de poder; modelo de atenção pautado no pronto-atendimento médico interferência político-partidária; cobrança por fora nos serviços privados contratados pelo SUS (BRASIL, 1999).

Paralelamente a essa realidade desalentadora, há varias experiências locais – ainda que seja uma pequena parte dos mais de 5.500 municípios brasileiros – atestando que SUS pode funcionar. São dezenas de cidades brasileiras nas quais os sistemas de saúde avançaram muito no modelo assistencial de saúde e no modelo de gestão descentralizado e participativo. Estas experiências precisam ser valorizadas, reconhecidas e divulgadas para compormos um bloco convergente, respeitando as individualidades, as diferenças, as especificidades regionais e a diversidade dos projetos. Teriam que combinar o reconhecimento com críticas construtivas, no sentido de reconstruir novos projetos, não como um modelo estruturado, pronto e acabado, mas com criatividade para responder às necessidades locais e institucionais.

O processo de gestão nos espacos institucionais, em que atua os Conselhos gestores (locais, municipais e estaduais), tem sido apontado por Campos (2000,

2003) como espaço de encontros, paradoxos e ambigüidades inerentes aos coletivos organizados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) estabelece algumas condições para a sua legitimidade, tais como: autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação, discutindo a seguir.

A autonomia para Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) seria garantia das condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde, dos pontos de vista administrativo, financeiro e técnico, com recursos garantidos nos orçamentos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o desenvolvimento do trabalho. Teria que garantir desde o espaço físico até pessoal de apoio e administrativo para a execução das atividades, como também valorizar estudos de problemas detectados pelos representantes e elaboração de instrumentos que facilitem as decisões dos conselheiros.

Nessa perspectiva, a proposta de Campos (2000, 2003) é bastante instigante na defesa de espaços coletivos de gestão (a co-gestão de coletivos) para construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados para a produção. O autor propõe uma reinvenção do sistema de gestão participativa:

um sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou varias modalidades de espaços coletivos, ou seja, varias rodas de análise e co-gestão. Isso tanto em instituições como em organizações quanto em movimentos sociais (CAMPOS, 2000, p.142).

A participação social não seria entendida apenas como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia. Implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço coletivo que expresse desejos e interesses entre os diversos atores sociais (internos e externos), confrontando-se entre si e com a realidade. Além disso, é necessário buscar nos processos de luta/negociação o surgimento de contratos potentes que orientem a produção de bens e serviços de saúde.

A organicidade envolve o nível de organização na gestão participativa que deve ser caracterizado pela infra-estrutura básica para realização dos encontros entre os representantes. Há que se levar em conta aspectos como: periodicidade, frequência e regularidade dos participantes às reuniões, regimento interno, entre outros (BRASIL, 1998).

Os controles e a infra-estrutura administrativa são importantes e necessários, porém não podem substituir o fluxo democratizado de idéias, de debates, de negociações e de compromissos nos órgãos colegiados de gestão, pois se corre o risco da participação dos representantes ficar limitada a demandas restritas e autoritárias, manipuladas muitas vezes pelos técnicos ou gestores do sistema, conforme refere Arretche (2003).

O estabelecimento de canais de recepção das demandas sociais permite estabelecer a permeabilidade (BRASIL, 1998) no processo de gestão, com o intuito de identificar as demandas locais e as necessidades de saúde emergentes, que deverão ser estabelecidas nas pautas de discussões dos espaços coletivos de gestão. Esta condição de legitimidade visa operacionalizar os projetos por parte dos órgãos executores e dos sujeitos que operam no cotidiano dos serviços.

Um dos pontos centrais da gestão institucional diz respeito à visibilidade (BRASIL, 1998), que deve ser caracterizada pela transparência das ações dos representantes, na criação de canais de comunicação com a sociedade. Seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de co-responsabilidade entre os sujeitos participantes (governos, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários). Daí a importância dos meios de comunicação e da criação de instrumentos que possibilitem a democratização da informação como: boletins, jornais, cartilhas e outros tipos de publicações.

Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde deveriam ser o exemplo vivo dos interesses da sociedade, para ser dotado de legitimidade pública. Portanto, é preciso criar mecanismos para que a Lei deixe de ser apenas um instrumento legal e passe a concretizar um espaço democrático de construção coletiva, no atendimento às demandas da população.

Outra questão relevante é a articulação (BRASIL, 1998), que seria a capacidade dos espaços coletivos de gestão de estabelecerem relações uns com os outros, no campo da saúde e em outras áreas sociais. Na saúde, a articulação deve envolver todas as representações: Conselho Local (das unidades básicas e distritais de saúde); Conselhos Municipal, Estadual e Nacional; Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite; Conselhos de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde; bem como as instituições da área da saúde. Além disso, é importante a articulação

com outros setores da sociedade, como por exemplo: Câmara de Vereadores, Assembléias Legislativas, movimentos populares e o Ministério Público.

Estas relações fortalecem as ações dos Conselhos e podem formar um bloco de forças sociais em defesa dos interesses da sociedade.

Enfim, as indagações estão presentes, os dilemas e os desafios na construção de um sistema de saúde universal, resolutivo e gerido pela sociedade. O caminho está sendo trilhado pelos coletivos organizados em realidades locais e regionais. Pois acreditam, assim como nós, em uma sociedade justa, comprometida e engajada com os problemas e alternativas de solução para as questões sociais e de saúde do nosso país.

Ainda é comum prefeitos escolherem os “amigos políticos” como representantes dos usuários, o secretário de saúde ser o presidente do conselho, definir a pauta, não descentralizar as informações, marcar as reuniões do conselho para o dia que ele quiser ou, até mesmo, fazer a ata e mandar um carro da prefeitura pegar a assinatura dos conselhos em suas casas.

Ao mesmo tempo há representantes de associações de moradores e outras entidades que acreditam que não podem “brigar” com o prefeito/secretário com medo de o gestor público não ajudar no futuro.

A qualificação do controle social depende da superação desses conceitos. Os políticos, a população e os representantes das entidades precisam ter claro que saúde é um direito de todos e os governos têm o poder de garanti-la. Não podemos mais admitir que se pense que as consultas, as internações e os atendimentos médico-hospitalares sejam entendidos como concessão de favores dos políticos que, em troca, querem votos para se perpetuar no poder (BRASIL, 2002).

A democracia precisa ser entendida em sua plenitude. Se é verdade que os prefeitos e vereadores são eleitos e, portanto, representam a população, também é verdade que eles devem prestar conta de suas ações, devem ouvir a população e respeitar as decisões dos Conselhos de Saúde que são deliberativos (BRASIL, 1999).

São constantes as considerações, por parte de conselheiros ou de estudos acadêmicos, de que um dos maiores obstáculos para o bom funcionamento dos conselhos é a falta de capacitação de seus representantes. Acreditamos que essa é apenas parte da verdade.

Não existem dúvidas de que para uma melhor atuação dos conselheiros é fundamental que eles se apropriem da legislação que regulamenta o SUS, que tenham noções de orçamento público e conheçam minimamente o funcionamento do sistema. Por outro lado, temos certeza que a maioria dos gestores não quer compartilhar o poder, não repassa as informações necessárias de forma clara, esconde-se atrás de uma carapuça de poder político e do saber técnico para impor suas propostas.

Por isso, é fundamental que os conselheiros se qualifiquem tecnicamente, mas, ao mesmo tempo, a mesma importância deve ser atribuída para a qualificação política para superar a concepção de que o saber técnico tem maior valor e de que a população e seus conselheiros têm o direito de receber de receber as informações em tempo hábil e de forme clara para que possam tomar as devidas decisões.

Portanto, os programas de formação devem superar a dicotomia entre conhecimento técnico e político. Quem deve pensar e desenvolver os programas de formação deve ser as próprias entidades populares que conhecem a realidade local e social superando a perspectiva de que técnicos são capazes de transmitir o “valeroso” conhecimento para os representantes populares (BRASIL, 2003).

A função dos conselheiros é representar os interesses das entidades e segmentos da sociedade a que pertencem. Portanto, quanto maior o vínculo do conselheiro com sua entidade com a sociedade (base), maior será o espaço de diálogo e a possibilidade do Conselho representar os verdadeiros interesses da sociedade, bem como de ser respeitado pelo gestor.

Nesse sentido, faz-se necessário superar as freqüentes composições de conselhos em que os conselheiros estão legalmente representando entidade, mas na prática representam apenas interesses pessoais. As entidades que compõem os conselhos precisam ter claro que devem construir as condições para que o seu representante desempenhe sua função e exigir permanentemente que as pautas do conselho sejam discutidas em suas instancias diretivas e em suas bases. Quando isso não ocorre, as decisões tomadas pelos conselheiros não tem representatividade e, na maioria das vezes, os gestores não as implementam, pois a sociedade não sabe o que o conselho definiu e tampouco pressiona o gestor para implementar a política (BRASIL, 2002).

Em função disso, é fundamental que o compromisso de compor o conselho seja da entidade e não dos indivíduos e que a capacitação técnica e política deve ser da entidade. Ela precisa estar atenta e substituir seu representante no Conselho quando não desempenha satisfatoriamente o seu papel.

O Conselho Municipal deve ser instituído por lei municipal ou regulamentado por decreto do prefeito, se já constar na Lei Orgânica do Município, obedecendo às normas das legislações estaduais e, centralmente, da Lei Federal 8.142/90. O indicado é que o Conselho seja instituído por Lei Municipal para que qualquer alteração a ser feita na referida legislação tenha que tramitar na Câmara Municipal.

Os Conselhos devem obedecer à paridade devendo 50% dos seus componentes ser entidades usuários e os demais 50%, divididos entre profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo. Este último grupo deve ser dividido em 50% trabalhadores, 25% prestadores e 25% gestores. Por exemplo, se o Conselho tem 32 componentes: 16 serão usuários, 8, trabalhadores, 4, prestadores e 4, gestores. Deve-se ressaltar que há inúmeras críticas em relação a essa distribuição do grupo, afirmando a não-paridade entre os três segmentos (a paridade seria 16,6% para cada segmento).

O conselho tem autonomia para estabelecer, através do seu regimento interno, suas regras de funcionamento. Alguns pontos são fundamentais para ser observados no regimento, entre eles:

- a) Estabelecer reuniões ordinárias, no mínimo mensais, com calendário, horário e local definidos (ex.: segunda quinta-feira de cada mês às 19 horas na Câmara de Vereadores). Isso é importante para que todos os conselheiros e a comunidade em geral se programem para participar, evitando também que o gestor marque reuniões de última hora com o objetivo de esvaziar o plenário;
- b) Secretariar todas as reuniões para que fiquem registradas em ata que deve ser lida, aprovada e assinada pelos conselheiros;
- c) Formular resoluções das principais decisões do Conselho;
- d) Estabelecer algumas comissões internas para facilitar os trabalhos. Por exemplo: comissão de fiscalização, comissão de finanças, comissão técnica etc. Essas comissões devem estudar as matérias específicas e levar seus

pareceres para o plenário do Conselho, facilitando o entendimento do assunto e, com isso, as votações;

- e) As pautas das reuniões ordinárias dos conselhos devem ser definidas com antecedência pela coordenação da mesa, mas, preferencialmente, pela plenária da reunião anterior, para que todos os conselheiros estejam preparados para debatê-las. Por exemplo: a pauta do mês de junho é definida pela reunião de maio e todas as informações sobre os temas da reunião devem chegar nas mãos dos conselheiros, no mínimo, oito dias antes da reunião. Os assuntos emergenciais podem entrar no ponto “assuntos gerais”, ou, quando necessário, convocada uma reunião extraordinária, desde que os conselheiros sejam avisados com antecedência. Essa dinâmica permite ainda que os Fóruns de Saúde tenham tempo para debater essas pautas e contribuir com a posição a ser definida pelos conselheiros.

Os conselhos têm como principais funções: Avaliar e contribuir na definição das políticas de saúde do município; Aprovar ou não os planos de aplicações do gestor; Apreciar o relatório trimestral de gestão; Fiscalizar a movimentação do Fundo Municipal da Saúde; Encaminhar para o Ministério Público as atas ou resolução não homologada pelo prefeito; Receber e encaminhar as reclamações dos usuários quanto ao não ou mau funcionamento do sistema de saúde; Convocar junto com o gestor, ou de forma autônoma quando este não o fizer, a Conferência de Saúde no município; Denunciar para o Ministério Público, imprensa e para a comunidade qualquer irregularidade cometida pelos gestores (BRASIL, 2002).

Dada a importância que o controle social teve na construção do SUS, a importância que tem e terá na sua implementação e reinvenção, é fundamental aprofundar essa reflexão. Primeiro, porque ele não é apenas mais um, mas um princípio por excelência para o movimento popular, pois é através principalmente de seu exercício que depende a saúde do SUS. Segundo, porque o SUS já está em sua fase de adolescência, portanto já se passaram alguns anos que estamos trilhando o caminho de sua implementação. É fundamental que nos debruçemos sobre o papel que o controle social cumpriu nesse período e quais os grandes desafios que são colocados para o movimento popular para o próximo período (BRASIL, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso exploratório, descritivo utilizando a abordagem qualitativa por trabalhar com o universo de significados, motivos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas. Exploratório, visto que tem como objetivo proporcionar uma visão geral, aproximativa, acerca das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1996).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O Estudo foi realizado no Conselho Municipal de Saúde do município de Alagoinha, situado na IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco (IV-GERES PE).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população foi constituída pelos 20 conselheiros (titulares e suplentes) que fazem parte do Conselho Municipal de Saúde do município de Alagoinha/PE.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Após o parecer de consentimento do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (Anexo A) foram coletados os dados por meio da técnica de entrevista com formulário estruturado (Apêndice A) no período de 01 a 20 de Novembro de 2010. Ao término da coleta os dados foram analisados e as informações registradas no formulário e agrupadas em categorias para proporcionar melhor clareza para o leitor e favorecer a discussão.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi apresentado aos sujeitos do estudo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo A), onde foi realizada uma exposição da finalidade da pesquisa e assim concretizando as condições de autorização para a participação do estudo.

Embasado nos aspectos éticos presentes na resolução n.196/96, que aprova as Diretrizes e Normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos, assegura aos sujeitos o direito da livre participação do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir do formulário de coleta de dados estão apresentados e discutidos neste capítulo.

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra foi composta por todos os 20 conselheiros (10 titulares e 10 suplentes) do conselho municipal de saúde do município da Alagoinha/PE. Ressaltando que a lei 8142/90:

Determina que 50% de suas vagas devem ser ocupadas por usuários e 50% pelos representantes do governo, prestadores e trabalhadores de saúde (BRASIL, 1990).

A Lei define que deve haver paridade entre o seguimento dos usuários em relação os demais, a fim de manter o equilíbrio dos interesses dos envolvidos.

5.2 RESULTADOS REFERENTES AO FORMULÁRIO

De acordo com o formulário apresentado, foram obtidos os seguintes resultados das questões:

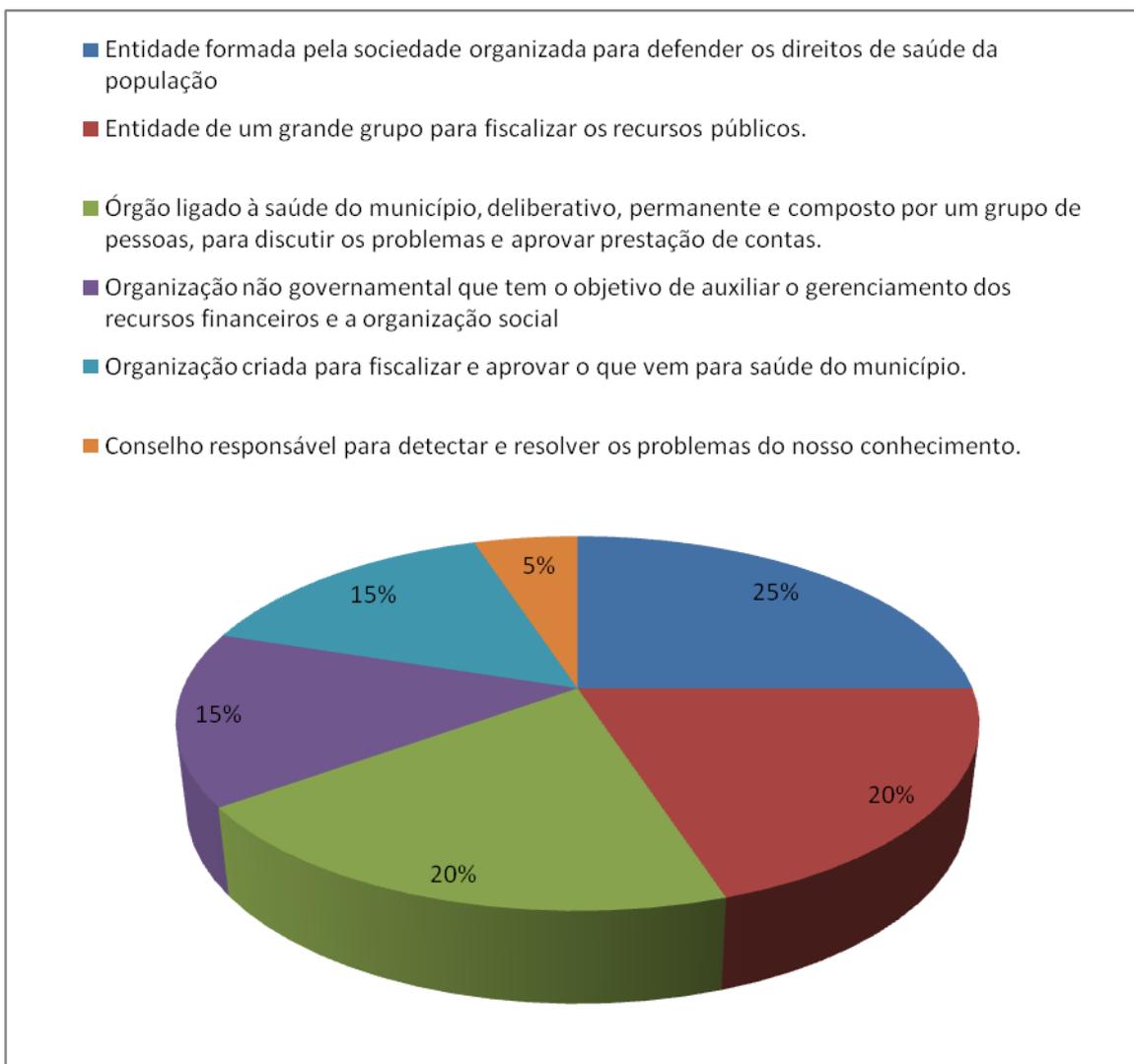


Figura 1. Significado do Conselho Municipal de Saúde.
Fonte : Conselho Municipal de Alagoinha-PE

A figura 1 apresenta o conceito dado pelos os conselheiros do conselho municipal de saúde da Alagoinha – PE, onde 25% relatam que é uma entidade formada pela sociedade organizada para defender os direitos de saúde da população; 20% afirmam que é uma entidade de um grande grupo para fiscalizar os recursos públicos; 20% afirmam que é um órgão ligado à saúde do município, deliberativo, permanente e composto por um grupo de pessoas, para discutir os problemas e aprovar prestação de contas; 15% afirmam que é uma organização não governamental que tem o objetivo de auxiliar o gerenciamento dos recursos financeiros e a organização social; 15% referem que é uma organização criada para fiscalizar e aprovar o que vem para a saúde do município; e 5% é um conselho onde é responsável para detectar e resolver os problemas do nosso conhecimento.

Observa-se que 25% da amostra referiram que o conselho municipal de saúde é uma entidade formada pela sociedade organizada para defender os direitos de saúde da população, no entanto, Segundo a lei 8142/90 o conselho de saúde não atua apenas na estratégia e no controle da execução da política de saúde, mas também nos aspectos econômicos e financeiros entre outros. De acordo com a lei 8142/90 em seu art. 1º.

& 2º _ O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégia e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).



Figura 2 – Atuação do Conselho Municipal de Saúde.
Fonte : Conselho Municipal de Alagoinha-PE

A figura 2 indica a atuação dos conselheiros de saúde, onde 35% relatam que os conselhos têm que fiscalizar a aplicação dos recursos repassados para investir na saúde, articulando a participação da sociedade; 20% fiscalizar prestação de contas; 15% diversas atividades; 15% cabem ao conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados a saúde; 10% tem a preocupação de garantir os espaços dos usuários, cumprido as diretrizes do SUS; 5% faz ações para comunidade e procura soluções para os problemas expostos, além disso aprova prestação de contas. Observa-se que 35% dos entrevistados relataram que o conselho deve fiscalizar a aplicação dos recursos repassados para investir na saúde, articulando a participação da sociedade. O CMS deve discutir e aprovar o plano municipal de saúde (PMS), o relatório de gestão anual (RAG), as prestações de contas e ainda discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implantadas no município. O grande impasse dos conselhos é justamente quando desconhece sua dupla missão de ajudar a fazer e aprovar o PMS ,assim como acompanhar e controlar econômica e financeiramente este plano, objeto principal do controle social. Para exigir eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde nos municípios deve-se ser co-autores da principal ferramenta que detém essas informações que é o plano de saúde, além de acompanhá-lo, avaliando, monitorando-o constantemente (MS participação social). No entanto observa-se que os conselheiros desconhecem sua atuação como conselheiro municipal de saúde.

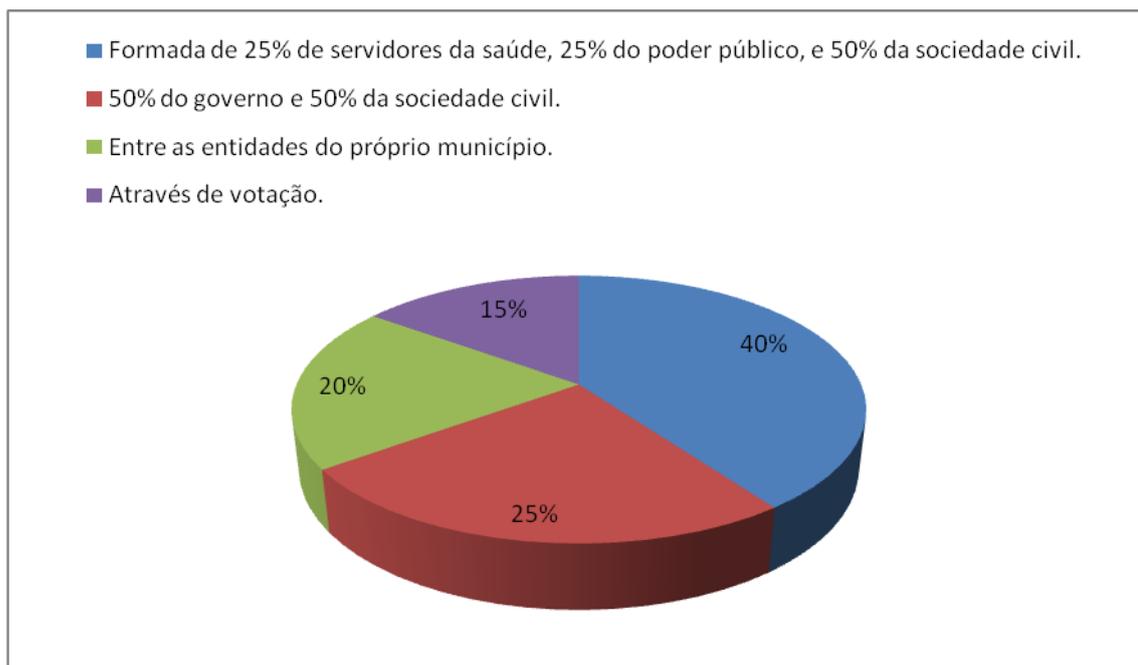


Figura 3 - Escolha do Conselho Municipal de Saúde.
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 3 indica a opinião dos conselheiros de saúde para escolha dos representantes do conselho, onde 40% são formadas de 25% de servidores da saúde, 25% do poder público e 50% da sociedade civil, 25% acha que é de 50% do governo e 50% da sociedade civil, 20% afirma que é entre as entidades do próprio município e 15% através de votação. Segundo critérios estabelecidos pelo CNS as vagas para conselheiros são distribuídos através da paridade, ou seja, as entidades usuárias teriam o mesmo número de representantes das demais categorias, sendo assim distribuídas: 25% prestadores de serviços públicos ou privados, 25% trabalhadores de saúde e 50% para sociedade civil. Os conselheiros teriam que ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem. Segundo a Lei 8142/90 definiu que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação dos demais, assim a regra é explícita para que um lado não se confundisse com um outro, e não haver a quebra da paridade colocada como indispensável e essencial deslocando a maior representatividade para usuários. A paridade colocada como essência foi destacada no artigo 1º & 4º “paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos”. Confirmando que os conselheiros não conhecem o regimento interno.

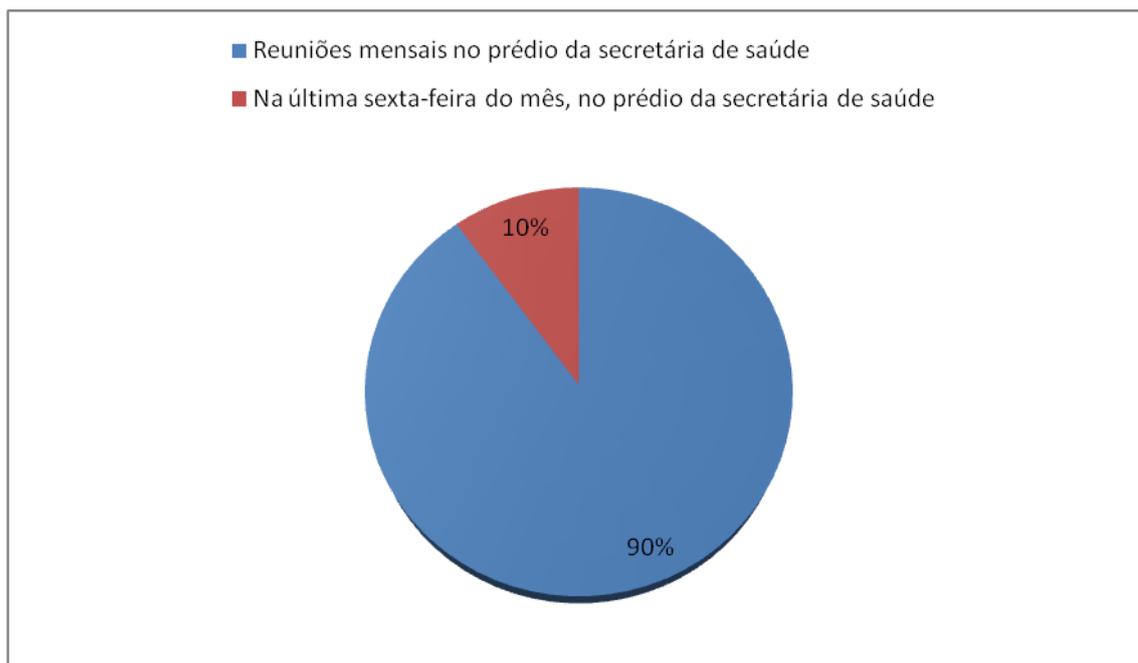


Figura 4 – Frequência e local da reunião conselho de saúde.
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 4 demonstra que 90% responderam que as reuniões são realizadas mensalmente no prédio da secretaria de saúde e apenas 10% respondeu que é realizada na última sexta de cada mês, no prédio da secretaria. Para os conselhos essa norma tem que está inserida no regimento interno, onde é colocada suas regras de funcionamento com reuniões ordinárias, no mínimo mensais, com calendário, horário e local definido, para que todos os conselheiros e a comunidade em geral se programem para participar. (BRASIL, 1998),

Mostrando mais uma vez, o não conhecimento das normas existentes no regimento interno.

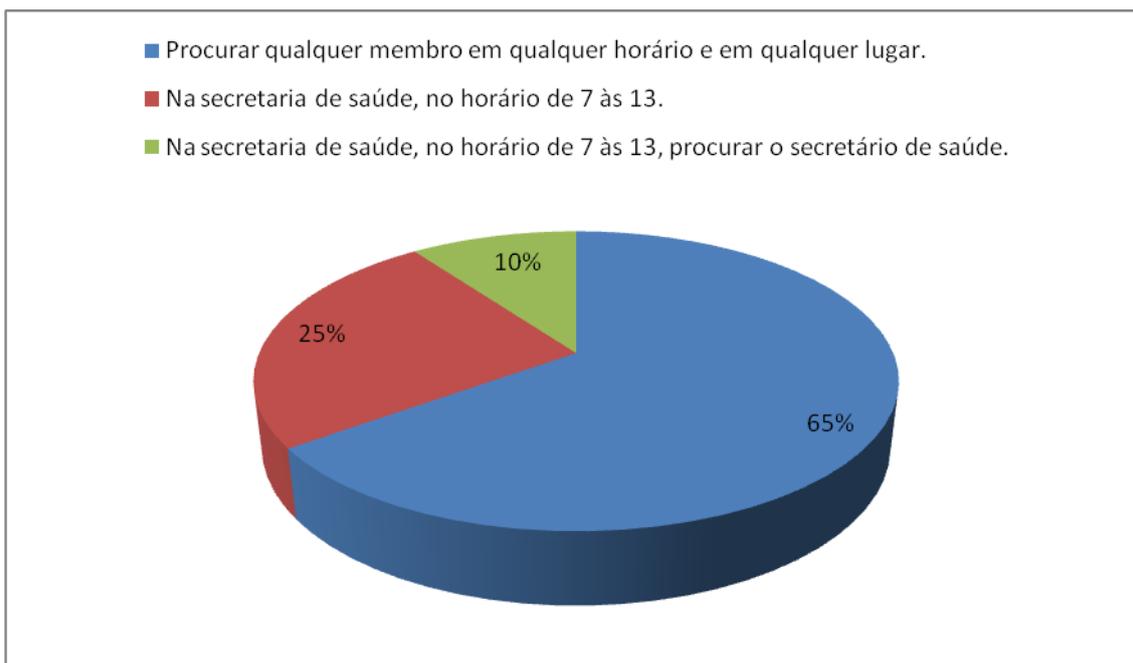


Figura 5- A quem deve se dirigir, o local e o horário.
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 5 representa como o usuário pode se dirigir em caso de sugestão ou reclamação aos conselheiros, 65% indica que pode procurar qualquer membro em qualquer horário e em qualquer lugar, 25% informa a secretaria de saúde, no horário de 7 às 13 e 10% informa na secretaria de saúde, no horário de 7 às 13, procurar o secretário de saúde. É necessário existir uma rotina mínima para os conselhos, onde possa atender a população em um espaço físico próprio, com horário de funcionamento definido, para que a sociedade tenha como se dirigir para fazer suas reclamações e sugestões. As reclamações e sugestões serão encaminhadas para as reuniões do conselho que serão discutidas e analisadas em plenária.

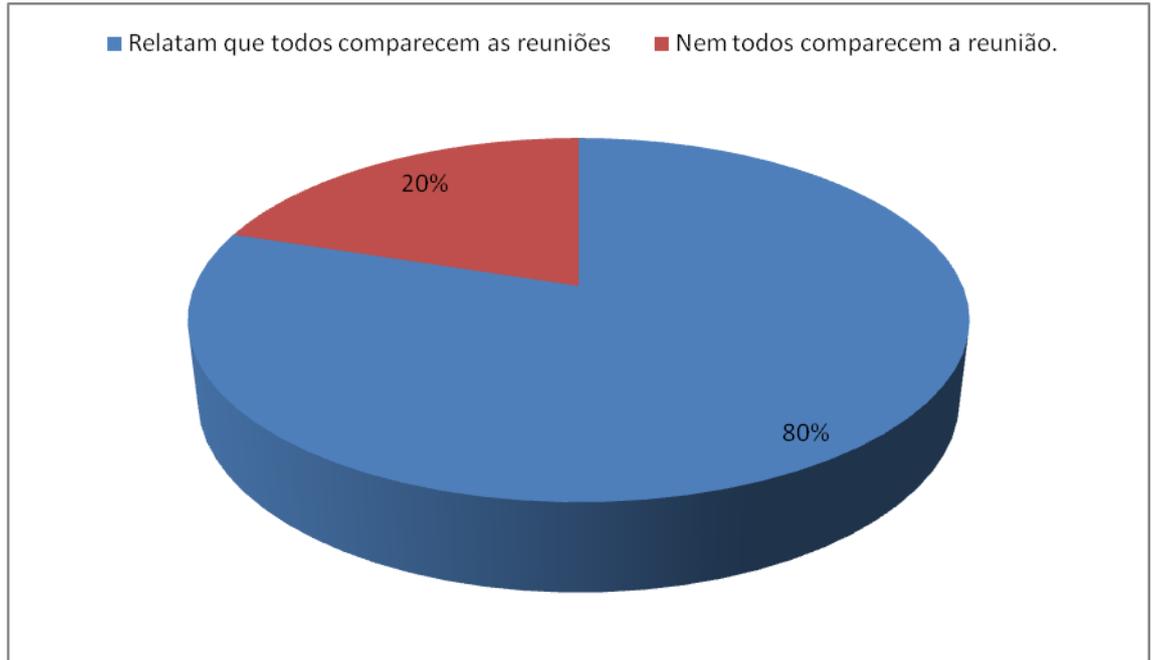


Figura 6 – Comparecimento quanto às reuniões.
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

Por meio da Figura 6, observa-se que 80% relataram que todos comparecem a reunião e 20% que nem todos comparecem. Segundo o CNS a freqüência dos conselheiros é muito importante, pois ele tem o papel de defender os interesses das entidades ali representadas. É a garantia constitucional de que a população, através de suas representações, participe do processo de formação das políticas de saúde e do controle social. Sabe-se que para realização das reuniões do conselho de saúde é necessário a presença de 51% dos conselheiros, numero suficiente para quorum das reuniões.

[...] A organização e o funcionamento dos conselhos de saúde devem estar especifico no seu regimento interno, que é elaborado pelos os conselheiros e aprovado em reunião [...] (BRASIL, 2002).

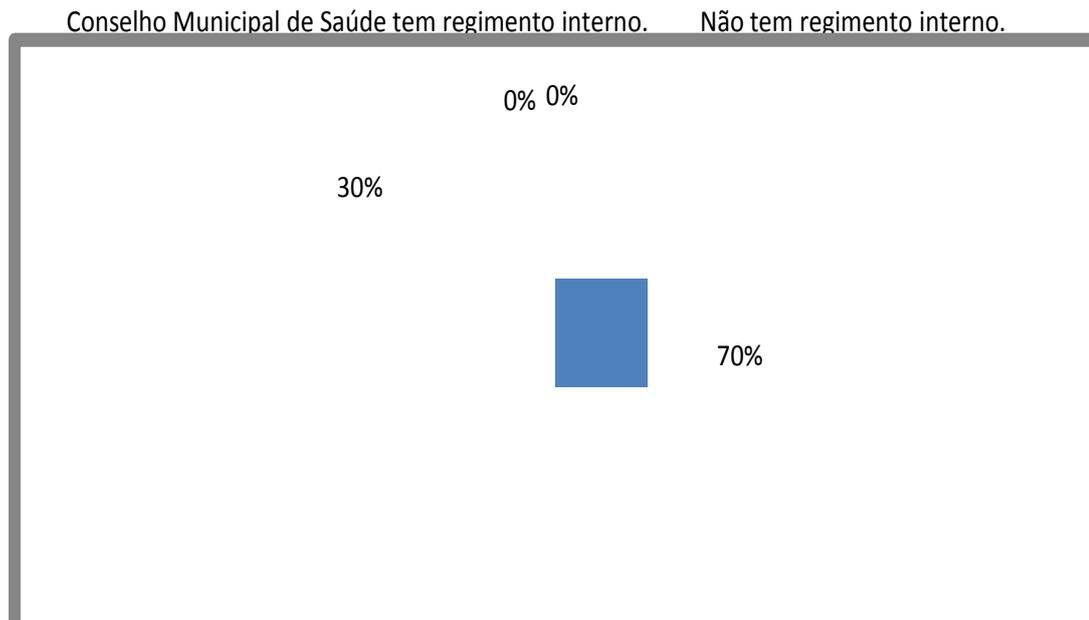


Figura 7 - Regimento interno
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

Por meio da figura 7, 70% afirmaram que o CMS tem regimento interno e 30% confirmou que não tem regimento interno. No conselho municipal de saúde do município de Alagoinha-PE existe o regimento interno, no entanto 30% dos conselheiros desconhecem o regimento. O regimento é de fundamental importância para o desempenho do conselho é nele que estão às regras de funcionamento do conselho.

Uma das competências do conselho de saúde é “elaborar o regime interno do conselho e suas normas de funcionamento” (BRASIL, 2007, p. 81).

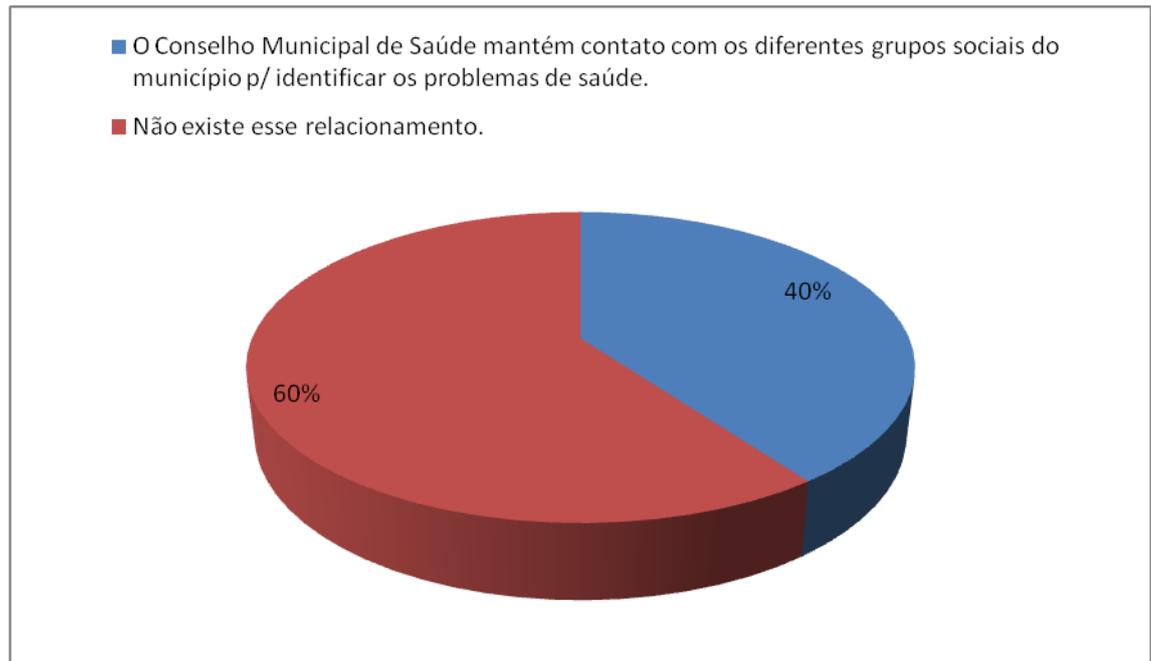


Figura 8 – contato com grupos sociais
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 8 mostrou que 40% relataram que o CMS mantém contato com os diferentes grupos sociais do município para identificar os problemas de saúde enquanto 60% acham que não existe esse relacionamento. Para o CMS interagir com outros grupos sociais ajuda a melhorar os problemas de saúde da sociedade, e estimula a participação popular.

[...] garantir a participação e o controle comunitário, através da sociedade civil organizada, nas instancias colegiada gestoras das ações de saúde [...] (Associação Paulista de Medicina, 2006, p. 129).

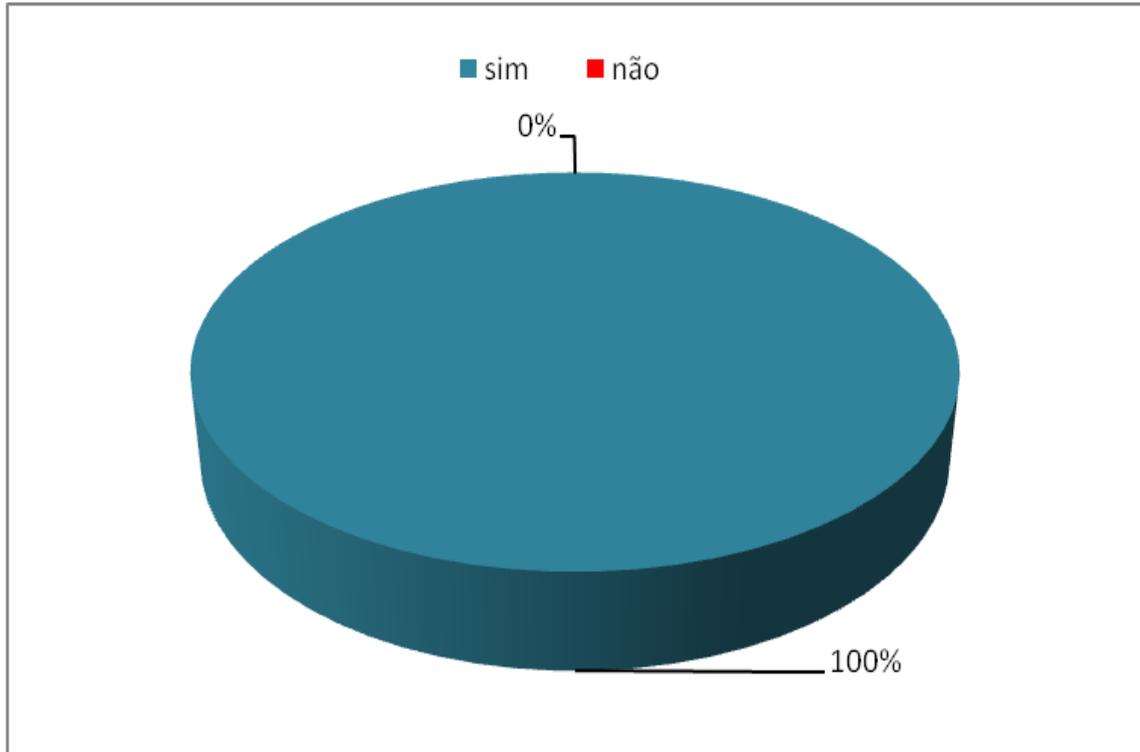
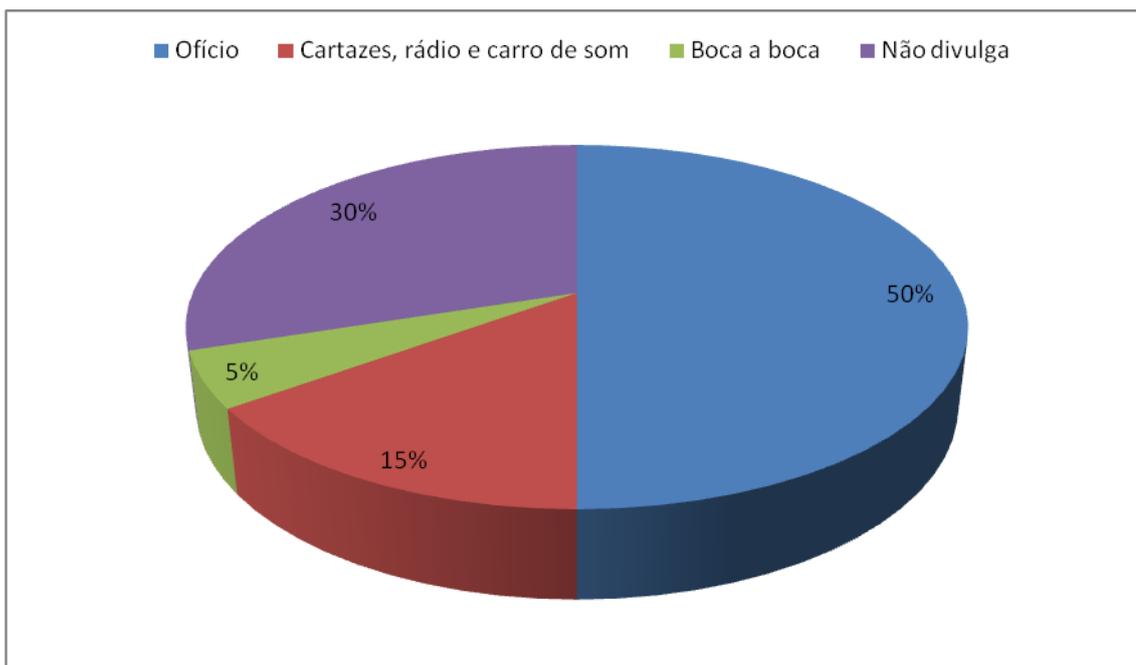


Figura 9 – participação na elaboração do plano municipal de saúde
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 9 confirma a participação de todos os conselheiros na elaboração do plano municipal de saúde. O Plano municipal de saúde é o instrumento que determina as diretrizes da administração pública na rede da atenção básica a saúde do município, então é necessário que os conselheiros participem desta construção.

[...] O conselho cabe propor as diretrizes dessa política acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos [...] (Conselho de saúde, BRASIL, 2002).



A figura 10 divulgação das atividades e agenda de trabalho
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 10 especifica a divulgação do Conselho Municipal de Saúde de Alagoinha-PE, com relação as suas atividade e agenda de trabalho, onde 50% são através de ofício, 15% com cartazes, radio e carro de som, 5% no boca a boca e 30% acham que não divulga. O Conselho Municipal de Saúde tem um cronograma dentro do seu regimento interno e deve divulgar suas ações para que haja mais informação e a sociedade possa saber como anda a participação do CMS. Uma das competências do conselho municipal de saúde é “Divulgar e possibilitar o vasto conhecimento do SUS no município, a população e as instituições públicas e privadas” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006, p. 129).

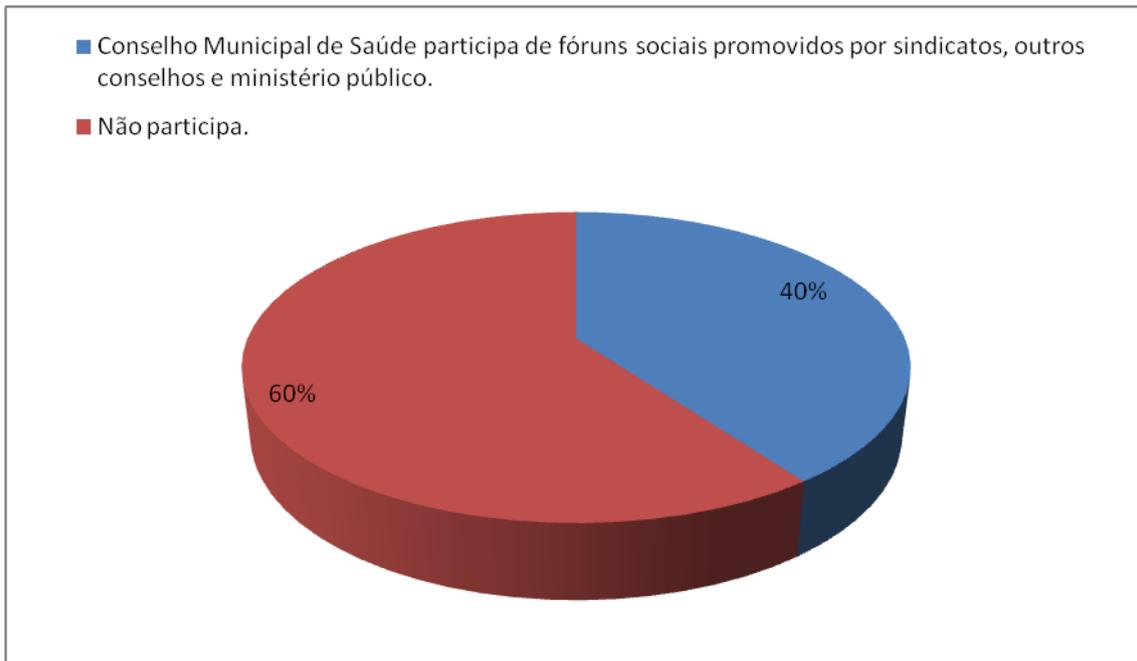


Figura 11 participação em outros fóruns
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 11 demonstra a participação do Conselho Municipal de Saúde em outros fóruns, que 40% confirmam que o conselho participa de fóruns sociais promovidos por sindicatos, outros conselhos e ministério público, enquanto 60% não participa. É imprescindível que haja um elo entre o conselho e outros órgãos (sindicatos, conselhos, ministério).

Sabemos que uma das competências do conselho municipal de saúde é a articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e de outras entidades representativas da sociedade civil, para definição e controle dos padrões éticos, para pesquisa e prestação de serviços de saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006, p. 129).

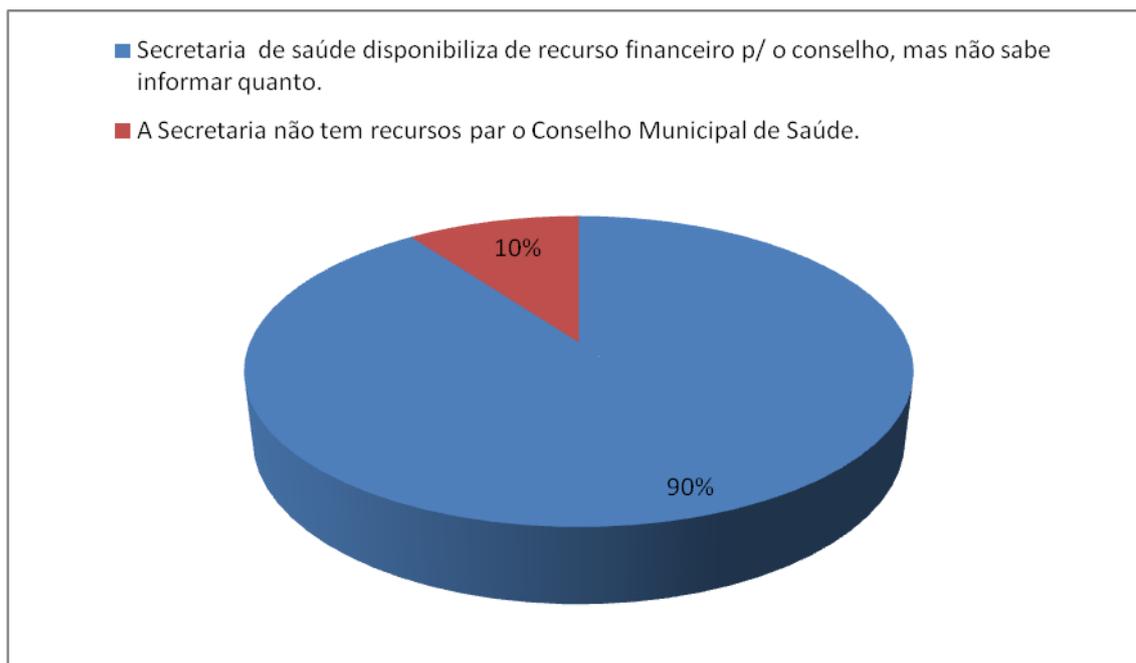


Figura 12 orçamento para o trabalho dos conselheiros
Fonte: Conselho municipal de saúde de Alagoinha-PE.

A figura 12 demonstra a confirmação de 90% dos conselheiros afirma que a secretaria de saúde disponibiliza recurso financeiro para o conselho mais não sabe informar quanto e 10% afirma que não tem recursos para o conselho municipal de saúde.

Na Lei 8080/90 do art. 36 observamos que o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Os organismos de governo estadual e municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária. O recurso destinado ao funcionamento do CMS tem que está inserido no plano municipal para que possa melhor o funcionamento do conselho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos podemos concluir que os conselhos de saúde, na atualidade representam um espaço responsável pela mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais dos dispositivos legais que fundamenta o SUS. No entanto, o que se percebe muitas vezes na prática, são manifestações de interesse individual desde ou daquele grupo, em detrimento aos interesses coletivos, como também pouco interesse por parte de alguns conselheiros em conhecer suas atribuições e estimular a participação da sociedade. É preciso construir uma nova cultura de compromisso coletivo nos espaços de gestão colegiada. Os políticos, a população e os representantes das entidades precisam ter claro que saúde é um direito de todos e os governos têm o dever de garanti-la.

Apesar do imenso avanço da sociedade civil em formulação e deliberação das políticas de saúde públicas, ainda estamos longe de alcançar a plenitude. Precisamos estudar a fundo a dinâmica e o funcionamento dos conselhos de saúde, uma vez que estes constituem uma inovação política institucional e cultural na consolidação do SUS. Tendo em vista que a partir da lei 8142/90, foi inserida a participação da sociedade no sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAVROL, M. Z. Fundamentos Metodológicos da Epidemiologia. In: ROUQUAVROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 527p. cap. 5, p.157-183.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **SUS 20 anos**. Brasília, DF; 2009, p. 282.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/legislacao-1/leis-ordinarias/1990#content>. Acesso em: 3 Março 2010.

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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/legislacao-1/leis-ordinarias/1990#content>. Acesso em: 3 março 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007, p. 648, Série E . legislação de saúde).

BOLETIM DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, ano 2, n. 3, mar.1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde**. Brasília, 1997. 36p.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF, 2008. 114p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: Doutrina e princípios. Brasília, DF, 1999. 20p.

BRASIL. Resolução nº 291, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre aprovação do Regimento Interno do CNS. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/reginter.htm>. Acesso em: 20 março 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Cartilha para orientação aos conselheiros de saúde. Brasília, DF, 2008.

<<http://www.conselho.saúde.Sp.gov.br/resources/cees/cartilha.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

CERVO, Amado L.; BERVIAN. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prantice Hall, 2002.

BRASIL. Guia do conselheiro: Curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília, DF, 2002. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) .

CARVALHO, G. Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. 13 ed. Brasília, DF, 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. Associação paulista de medicina. Atheneu , vol. 1 . SP, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A-FORMULÁRIO

(Título da Pesquisa: Avaliação das Condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Alagoinha/PE).

Nº.: _____

Nome: _____

1. O que é Conselho Municipal de Saúde?

2. O que ele faz?

3. Como é escolhido o Conselheiro Municipal de Saúde?

4. Qual a frequência e local das reuniões do Conselho?

5. Se o usuário quiser fazer uma sugestão ou reclamação, onde, em que horário e a quem deverá se dirigir?

6. Geralmente todos Conselheiros comparecem às reuniões?

() Sim

() Não

7. O Conselho Municipal de Saúde tem Regimento Interno?

() Sim

() Não

8. O Conselho mantém contato com os diferentes grupos sociais do município para identificar os problemas de saúde?

() Sim

() Não

9. O Conselho participou da elaboração do Plano Municipal de Saúde?

() Sim

() Não

10. Como o Conselho divulga suas atividades e agenda de trabalho?

11. O Conselho participa de fóruns sociais promovidos por sindicatos outros Conselhos e ministérios Públicos?

() Sim

() Não

12. A secretaria de saúde de Ingazeira, dentro do seu orçamento, garante recursos financeiros que possam viabilizar os trabalhos do Conselho?

() Sim Quantos? () Não

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação das condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Alagoinha.

Eu, _____, abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade do pesquisador Bruno Souza de Lima e, sob a orientação do professor Wallacy Feitosa, membro da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES).

Assinado este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é:
 - 1.1. Objetivo geral:
 - Avaliar as condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Alagoinha/PE;
2. Durante o estudo realizarei entrevistas com os autores da pesquisa;
3. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa;
4. A pesquisa não acarretará risco algum aos participantes e como benefício será conhecer as condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde da Alagoinha – PE.
5. Os autores da pesquisa se comprometem a preservar a minha privacidade e me asseguraram a confidencialidade dos meus dados pessoais e informações coletadas, garantindo que os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluídos sua aplicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos;

6. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, se assim o desejar, por qualquer motivo, e estou ciente de que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto ao meu atendimento e não acarretará nenhum problema com o pesquisador e com o conselho municipal de saúde da Alagoinha – PE;
7. Este termo de consentimento livre e esclarecido é descrito em duas vias, ficando uma em posse do entrevistador (pesquisador) e outra comigo.
8. Em caso de dúvidas ou outras informações posteriores poderei entrar em contato com o membro da equipe do pesquisador Bruno Souza de Lima através do telefone (87) 9636-2546. O Comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães informará sobre aprovação do projeto e em caso de denúncias sobre procedimentos anti-éticos do pesquisador envolvidos no protocolo.

Ass. do Entrevistado: _____ RG. _____

Ass. do Pesquisador: _____ RG. _____

Alagoinha, ____ de _____ de 2010.

