

CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ATUAÇÃO, EFETIVIDADE E DESAFIOS NA REGIÃO DA AMMOC

Autora: Joviane Colombelli¹

Orientadora: Madelaine Gasparini Torres²

Resumo

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) se traduzem como uma das formas mais democráticas de exercer o controle social na sociedade. São espaços que reúnem diversos segmentos da sociedade para debater e avaliar a situação de saúde dos municípios, propondo diretrizes para a formulação da política de saúde, além de fiscalizar a aplicação dos recursos. Este trabalho teve como principal objetivo caracterizar os Conselhos Municipais de Saúde que compõem a Região da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense (AMMOC), quanto a sua estrutura, dinâmica de funcionamento, efetividade e desafios. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e quantitativa, analisando as principais percepções dos conselheiros de saúde que compõem a região delimitada. Para a coleta de dados, utilizou-se de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. Verificou-se que os CMS da região não estão estruturados conforme preconizam as legislações, portanto não são efetivos e encontram muitos desafios no exercício do controle social, a citar pela ausência de estrutura física, capacitação e necessidade de fortalecer a participação ativa dos conselheiros. Desta forma, torna-se urgente sensibilizar os gestores quanto a necessidade de estruturar espaço físico, material e assessoramento humano, bem como qualificação continuada aos mesmos.

Palavras-Chave: Conselho Municipal de Saúde. Efetividade. Funcionamento.

¹ Acadêmica do curso de pós-graduação, especialização em Saúde Coletiva: Estratégia da Saúde da Família da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) - *Campus* de Joaçaba/SC; jovicolombelli@gmail.com

² Orientadora, Mestre em Linguística; Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) - *Campus* de Joaçaba/SC; ; madelaine.gasparini@unoesc.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O Controle Social é o exercício pleno da cidadania, é fruto de diversos movimentos sociais que culminaram em sua regulamentação como lei a partir da Constituição de 1988.

São diversas as formas de exercer o controle social, dentre as quais: as conferências, que são espaços amplos de participação da população, e os Conselhos de Direitos e Políticas Públicas, representadas por pessoas da sociedade civil e do governo que zelam pela efetivação das políticas ou dos direitos da população.

Este trabalho tem como foco o controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde. Cabe aqui ressaltar que a saúde foi pioneira na organização dos movimentos sociais em prol da construção de um sistema de saúde que fosse gratuito e de acesso a toda a população, processo este que iniciou na década de 70 e culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) normatizado em lei em 1990.

A participação popular através dos conselhos e das conferências foi organizada e legalmente instituída na política de saúde com a Lei 8142 de 1990, e posteriormente por diversos decretos e resoluções do Conselho Nacional de Saúde que estabeleceu alguns parâmetros primordiais para o funcionamento adequado dos conselhos nas três esferas de governo.

Diante de tais prerrogativas, a pesquisa objetivou investigar a estrutura, dinâmica de funcionamento, efetividade e desafios dos conselhos municipais de saúde da região da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense (AMMOC).

A amostra delimitou-se a um conselheiro de cada município da região, composto por: Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Tangará, Treze Tílias e Vargem Bonita.

Cabe enfatizar que dentre os 13 municípios, apenas três são de médio porte, possuindo uma população acima de 20 mil habitantes, e os demais municípios possuem até dez mil habitantes.

Para atingir aos objetivos propostos, utilizou-se de pesquisa qualitativa e quantitativa, e na coleta de dados foram realizadas algumas entrevistas e aplicação de questionários.

1.1 - Controle Social: contextos e conceitos

O controle social tem diversas concepções e significados, em diferentes tempos e espaços, e assume diversas conotações dependendo da forma e do contexto em que é utilizada.

Para compreendermos o conceito, iniciaremos pela palavra “controle”, o qual pelo Dicionário Aurélio encontramos os seguintes significados: vigilância, exame minucioso, inspeção, fiscalização e comprovação.

Portanto, induz a um substantivo utilizado para definir o poder de fiscalizar ou administrar algo ou alguma situação.

Já a palavra que o complementa, que é o “social”, nos remete a concepção de que é algo da sociedade, pela sociedade ou pelo povo. Juntando as palavras, temos: controle social, compreendendo que é a vigilância ou fiscalização do povo nas ações do governo.

Corroborando com tal afirmativa:

Quando se junta à palavra controle o termo “social”, dá-se um sentido da origem do controle, portanto o controle social seria um controle de origem no social, ou melhor, na sociedade. Na verdade, qualquer controle tem origem na sociedade que é a quem se devem reportar todos os entes que a representam. (SILVA, 2002 p.09)

Evidencia-se, portanto, que o termo emana a presunção de que o controle é do povo e para o povo.

Assim, Ricci (2009,p.1) conceitua controle social como:

O conceito de controle social indica, portanto, a participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e verificação (ou monitoramento) das ações de gestão pública. Na prática, significa definir diretrizes, realizar diagnósticos, indicar prioridades, definir programas e ações, avaliar os objetivos, processos e resultados obtidos.

Fica claro, pelas concepções da autora, que o controle social significa que deve ocorrer a participação da população em todas as ações do governo, desde a elaboração, monitoramento e fiscalização de programas e projetos até a indicação das reais necessidades da população para serem transformadas em ações governamentais.

Ainda, para a Controladoria Geral da União, “o controle social, entendido como a participação do cidadão na gestão pública, é um mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania” (CGU, 2012, p.09).

Ao contextualizar o controle social, observamos a preocupação com o seu surgimento, que vem da sociologia, aparecendo inicialmente nas obras de Augusto Comte, conforme nos mostra Lakatos e Marconi apud in Luiz e Kolody (2014, p. 145):

[...] a idéia de controle social aparece em primeiro lugar nas obras de Comte, curso de filosofia positiva (1830-1842) e Política Positiva (1851-1854), surgindo depois nos escritos de Lester Ward, sociologia dinâmica (1883). Os primeiros autores que utilizaram a expressão controle social foram Small e Vicente, em seu livro: Uma introdução ao estudo da sociedade, publicado em 1894. A primeira obra a tratar especificamente deste assunto apareceu em 1901, escrita por Edward Alsworth Ross: Controle Social.

Desta forma, visualizamos o quanto é antiga a preocupação do controle social, ou seja, a participação do povo nas formas de governar.

No Brasil, para que possamos analisar com clareza o controle social e a democracia participativa, faz-se necessário lembrar de um dos mais marcantes movimentos existentes no país: a ditadura militar, ou Golpe Militar, de 1964 a 1985.

Durante os anos em que se estendeu a ditadura, a democracia e os direitos constitucionais foram deixados de lado, dando lugar à censura, a prisão e tortura. O povo insatisfeito com a forma autoritária de governo passou a se organizar através dos movimentos sociais, sendo o mais importante deles o "Diretas já".

Os movimentos sociais foram aos poucos se fortalecendo, em uma luta intensa para que fosse devolvido à população o direito de participação na vida política do país.

O grande e importante marco para o controle social no Brasil foi, portanto, a Constituição de 88, considerada a mais completa do mundo, e a que trata com clareza sobre os direitos sociais. Entre estes direitos sociais está o tema deste trabalho, controle social, onde são criadas formas e instrumentos para que a comunidade seja possibilitada a participar ativamente das ações do estado, opinar e estar sempre ciente do que está sendo realizado.

Em decorrência disso, novas instituições foram formadas, o papel do Estado foi definido com a defesa da formação da República, além da institucionalização de princípios democráticos. A ampliação e garantia dos direitos, o exercício da cidadania e a forma democrática de governar são condições da instituição do Estado moderno e elementos da esfera política da vida social.

O controle social tem um legado relevante, deixado pela sociologia e por diversos sociólogos e filósofos importantes de nossa história. A essência de seu significado pressupõe: participação popular, exercício da cidadania e controle do povo nas ações do governo.

1.2 Os conselhos como mecanismos de exercer o controle social nas políticas públicas:

Com a Constituição Federal de 1988 o Estado passou a ter várias responsabilidades e obrigações, dentre elas o de zelar pelo bem estar da população efetivando os direitos dos cidadãos previstos pela Carta Magna.

Então surgem as políticas públicas, nos quais se configuram como:

[...] um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade. Dito de outra maneira, as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público[...]. (SEBRAE/MG 2008, p. 05)

Enfim, o estado passa a realizar diversas ações, que se efetivam através das políticas públicas para suprir as necessidades da população, dentre as quais podemos destacar as políticas de Saúde, Assistência Social, Educação, Esporte, Cultura etc.

Além de ser uma obrigação do estado, o qual nas três esferas de governo deve haver investimentos financeiros em todas as áreas, a população passa a fazer parte do processo de formulação, avaliação e fiscalização das políticas públicas através dos conselhos municipais, estaduais e federal.

Os Conselhos de Políticas Públicas são espaços de participação, discussão e deliberação formados por representantes do governo e da sociedade civil que passam a exercer o controle sobre todos os aspectos relacionados ao funcionamento das políticas públicas.

Para Diegues, os conselhos são:

[...]um espaço de encontro entre a sociedade civil e o Estado, onde se manifesta a democracia, a flexibilidade, o envolvimento e a comunicação entre os participantes, ou seja, espaços de representação plural, para que a sociedade e o governo possam negociar, disputar e compartilhar responsabilidades na produção de políticas públicas em áreas específicas. (DIEGUES, 2013,p. 86)

Corroborando com o autor, compreendemos que atualmente os conselhos vêm assumindo diversas responsabilidades, atrelando a existência dos conselhos ao repasse dos recursos e a estes a incumbência de fiscalizar e dar transparência a aplicação destes.

Desta forma, o controle social nas políticas públicas se efetiva através da existência legal dos conselhos, que contribuem para que se oferte de forma eficiente, com qualidade e respondendo aos anseios e necessidades da população.

Outra forma de exercer o controle social nas políticas públicas são as conferências, que são organizadas e convocadas pelos conselhos e possuem como objetivo principal ampliar o debate com a população, buscando avaliar a política pública e propor sugestão de melhorias. São convocadas a cada quatro anos, ou conforme houver necessidade, e todo e quaisquer cidadãos podem participar deste processo.

No entanto, para que realmente atinja tais objetivos o mesmo deve contar com alguns requisitos básicos, como estrutura, educação permanente dos conselheiros, autonomia, respeito às decisões pelos gestores, publicizações de suas deliberações e conhecimento da população sobre as formas de exercer o controle social.

1.3 Os Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde são ferramentas do controle social e representam um dos princípios balizadores do Sistema Único de Saúde.

Importante salientar que a saúde foi pioneira na prática do controle social, especialmente na constituição dos conselhos e na participação da população nas conferências, os quais foram conquistados através dos movimentos sociais do final da década de 70.

Os movimentos que surgiram neste período deixaram conquistas importantes para o controle social na saúde, que culminaram na legitimação e obrigatoriedade através da Constituição Federal e, posteriormente, na Lei 8080/90 e 8142/90, conforme nos aponta Correa:

A participação social na área da saúde foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários que congregam setores organizados na sociedade civil e demais segmentos. (CORREA, 1994, P.15)

Compreende-se que o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, permanente, paritário e deliberativo que formula, supervisiona, avalia, controla e propõe políticas públicas, fazendo parte da estrutura da Secretaria de Saúde dos municípios, estados e do Governo Federal.

Para nortear os conselhos temos importantes legislações, dentre elas a Lei 8142/90 que legitimou e regulamentou a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, e a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

A resolução acima citada norteia aspectos importantes para o funcionamento dos conselhos, a iniciar pela composição do mesmo, o qual deve seguir a seguinte norma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Ainda com relação ao funcionamento traz alguns pressupostos importantes, como a constituição de uma secretaria executiva para organizar e assessorar o Conselho de Saúde, a periodicidade das reuniões que devem ocorrer mensalmente em dias e horários acessíveis à população.

A sociedade deve ser informada pelo Conselho de Saúde sobre sua atuação. Todas as reuniões devem ser divulgadas através de resoluções, moções e outras formas para que a população acompanhe as decisões do conselho.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de Pesquisa

A finalidade desta pesquisa é qualitativa e quantitativa, pois demonstra dados estatísticos, estruturados e também um aprofundamento da investigação relacionado aos fenômenos em estudo e das suas relações. Para Mynaio, a pesquisa qualitativa:

[...]trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que acaba por corresponder a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador. (MINAYO, 2001, p. 14).

A abordagem quantitativa possibilita traduzir em números, opiniões e informações uma visualização matemática dos métodos estatísticos como forma de identificar o objeto da pesquisa.

2.2 Amostra

Para a coleta de dados, foram investigados um conselheiro de saúde de cada município que faz parte da Associação de Municípios do Meio Oeste Catarinense, totalizando 13 participantes, selecionados por conveniência.

2.3 Instrumentos

Como instrumento foi aplicado um questionário de forma estruturada, elaborado exclusivamente para este estudo, que contém perguntas fechadas de múltipla escolha, relacionadas à identificação, idade e grau de instrução.

2.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de março a junho de 2016, sendo que alguns foram encaminhados por e-mail e outros através de entrevista in loco.

2.5 Tratamento dos Dados

Os dados coletados foram analisados de forma descritiva. A maioria das perguntas é de múltipla escolha, ou seja, fechadas, e, portanto, as variáveis foram apresentadas em média e desvio-padrão e na frequência absoluta e relativa. Apenas duas questões eram abertas, nas quais as respostas foram agrupadas por similaridade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente procurou-se demonstrar algumas características dos participantes da pesquisa, levantou-se informações como gênero, escolaridade, representação e ocupação no Conselho Municipal de Saúde.

Dentre as principais características da amostra investigada, encontramos 85% dos participantes do gênero masculino e 15% do gênero feminino.

Tabela 1 - Gênero, nível de escolaridade, representação e cargo que ocupa nos CMS dos participantes na Região da AMMOC, 2015.

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	02	15
Feminino	11	85
Total	13	100
Nível de Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	00	0
Ensino fundamental completo	00	0
Ensino médio incompleto	00	0
Ensino médio completo	02	15
Ensino superior incompleto	02	15
Ensino superior completo	09	70
Total	13	100
Representação no Conselho de Saúde		
Governamental	11	85
Não Governamental	2	15
Total	13	100
Cargo que ocupa no CMS		
Presidente	02	15
Vice-Presidente	1	8
Secretário	3	23
Conselheiro	07	54
Total	13	100,0

Fonte: Os autores

Outra característica apresentada pelos participantes é a representação no conselho, o qual é possível perceber que 85% representam o governo e apenas 15% a sociedade civil, sendo que destes 54% participam apenas como conselheiro do CMS.

Dentre os participantes desta pesquisa, 15% são presidentes, 8% vice-presidentes e 23% possuem função de secretário nos Conselhos Municipais de Saúde investigados.

O Conselho Municipal de Saúde deve estar legitimado através de lei que regulamenta seu funcionamento, composição e representações.

Nos municípios brasileiros, os Conselhos de Saúde começaram a aparecer nos anos 70, mas passaram a ser obrigatórios a partir de 1990, com a Lei 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da população no SUS.

Nos municípios da região da AMMOC, os conselhos começaram a surgir em 1991. No Gráfico 01 procuramos identificar o conhecimento dos participantes com relação a possíveis alterações da lei original que criou o Conselho Municipal de Saúde.

Gráfico 01- Conhecimento dos participantes sobre a alteração da lei original que criou o CMS



Fonte: Os autores

Após a lei que instituiu a obrigatoriedade dos Conselhos de Saúde nos municípios, diversas outras resoluções e regulamentos foram publicados pelo Conselho Nacional de Saúde, dentre os quais citamos o de maior destaque: a Resolução 453/2012, que orienta sobre reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos. A partir desta, os CMS deveriam se adequar as orientações preconizadas pelo referido documento.

Percebemos que 54% dos participantes relataram que não possuem conhecimento se a lei que cria o conselho e define seu funcionamento foi alterada nos últimos anos, seguidos de 23% que afirmam que a lei não passou por nenhuma alteração, e 23% responderam que o município atualizou a lei conforme recomendações da resolução citada.

Outro documento imprescindível para nortear o Conselho Municipal de Saúde é o Regimento Interno, onde estão instituídas todas as regras para o efetivo funcionamento do colegiado.

Na tabela abaixo, procurou-se identificar nos municípios delimitados por esta pesquisa a estrutura física e humana disponibilizada aos Conselhos de Saúde.

Tabela 2 – Estrutura e equipamentos existentes nos Conselhos Municipais da Região da AMMOC, 2015.

Variável	n	%
CMS possui local próprio para funcionamento		
Sim	00	0
Não	13	100
Total	13	100
Possui secretaria executiva		
Sim	0	0
Não	13	100
Total	13	100
Equipamentos e materiais disponíveis para o CMS		
Todos os materiais são de uso compartilhado	11	85
Computador exclusivo do CMS	02	15
Total	13	100,0

Fonte: os autores

Tendo como base as orientações da Resolução 453/2012, buscou-se investigar em quais condições encontram-se os Conselhos de Saúde dos 13 municípios da AMMOC. Inicialmente interrogamos sobre o local de funcionamento do CMS.

Os dados representados na Tabela 02 demonstram que nenhum município dispõe de local específico, os quais relataram que o espaço utilizado para as reuniões geralmente são na própria Secretaria de Saúde ou espaços disponibilizados por outros setores públicos do município.

Ainda relacionado aos aspectos fundamentais de estrutura, investigou-se sobre o suporte governamental para assessorar o Conselho de Saúde nas suas diversas funções, através de uma secretaria executiva.

Aqui cabe ressaltar as inúmeras atribuições e responsabilidades que um conselho requer. Importante enfatizar que os conselheiros são voluntários e possuem outras funções ou vínculos empregatícios, não disponibilizando de tempo suficiente e necessário para atender as demandas que um Conselho de Saúde requer, daí a importância de uma secretaria executiva para que o mesmo seja efetivo e corresponda aos objetivos instituídos pela Lei 8142/90.

O que a pesquisa mostra é que em nenhum dos 13 municípios dispõe de uma secretaria executiva. Em apenas um município identificamos que há uma estagiária do curso de Direito, que está disponibilizada para assessorar o conselho, no entanto, sua função não é exclusiva ao CMS, pois auxilia outros 24 conselhos existentes no município.

Com relação aos aspectos mínimos que devem ser disponibilizados para o CMS, a Resolução 453/2012 nos traz a seguinte orientação:

Quarta Diretriz: as três esferas de governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

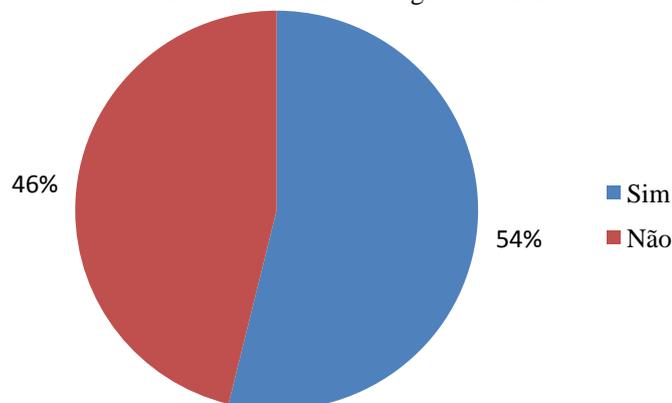
II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

Tais recomendações não foram constatadas em nenhum município investigado.

Os Conselhos de Saúde atuam em precárias condições, não tendo nem o mínimo necessário para o seu funcionamento. Como é possível observar na Tabela 02, 85% dos municípios utilizam materiais como computadores, telefone, impressora e veículos de uso compartilhado com outros setores, e apenas 15% relataram que possuem computadores de uso exclusivo do CMS.

Ainda sobre a organização do CMS, buscou-se compreender se há um calendário anual de reuniões e se o mesmo é divulgado à população.

Gráfico 02- Organização das reuniões ordinárias dos CMS da Região da AMMOC



Fonte: Os autores

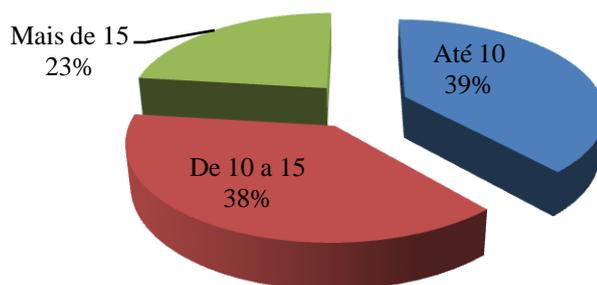
Os conselheiros de saúde representam os interesses da população e, portanto, suas ações devem ser transparentes e amplamente divulgadas.

Neste sentido, a Resolução 453/2012 recomenda que: “V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade”.

No entanto, o que se constatou é que 46% não possuem calendário anual de reuniões. Os conselheiros entrevistados relataram que as reuniões ocorrem conforme a necessidade. Outros 54% contam com reuniões programadas para o ano, porém, não são divulgadas e ocorrem em horário diurno, dificultando a presença da população. Somente em dois municípios as reuniões ocorrem no período noturno.

Ainda analisando a periodicidade das reuniões, o gráfico a seguir mostra quantas reuniões ordinárias e extraordinárias o CMS realizou no ano de 2015.

Gráfico 03 - Quantidade de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelos CMS da Região da AMMOC no ano de 2015



Fonte: Os autores

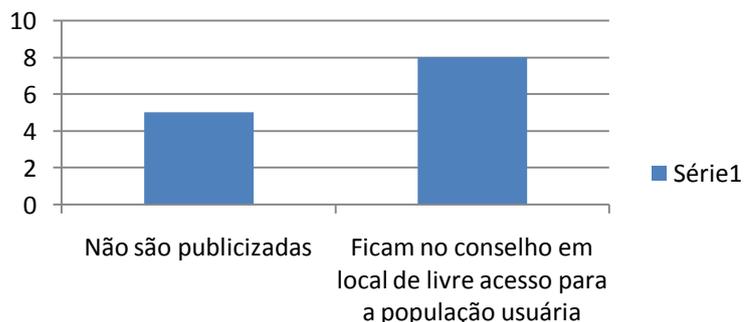
O Conselho Municipal de Saúde deve obrigatoriamente reunir-se de forma ordinária mensalmente.

V - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias; (CNS, 2012)

Neste sentido, é possível perceber que 38% dos municípios realizaram pelo menos uma reunião mensal, sendo ela de forma ordinária ou extraordinária. Outros 23% responderam que durante o ano de 2015 foram realizadas mais de 15 plenárias e 39% afirmaram que o CMS realizou até dez reuniões no ano mencionado.

Todas as reuniões que o CMS realiza devem ser registradas em ata, fato confirmado nos 13 municípios. Além de ser registradas, devem ser publicizadas para que a sociedade tenha conhecimento das deliberações realizadas. No Gráfico 05 se questionou de que forma o CMS publiciza o resultado de suas reuniões.

Gráfico 04 Publicizações das atas de reuniões realizadas pelos CMS da Região da AMMOC



Fonte: A autora

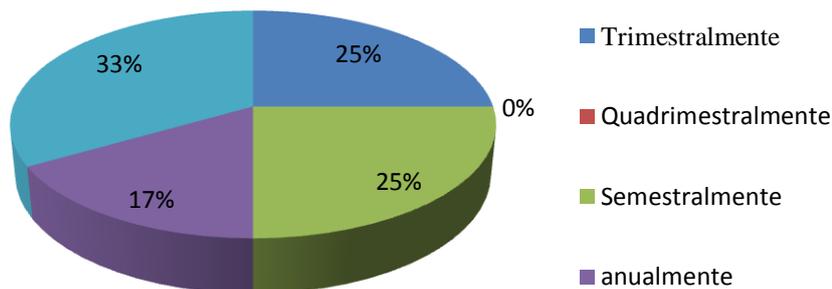
Dos 13 municípios participantes, cinco responderam que a ata que contém as discussões e deliberações das reuniões não são publicizadas. Já oito participantes relataram que não utilizam nenhum meio de comunicação para levar ao conhecimento da população tais informações, mas que a ata do CMS fica a disposição da comunidade para ser consultada.

A visibilidade dos conselhos é um ponto crucial para o exercício do controle social, caracterizando-se pela transparência das ações, na criação de canais de comunicação com a população [...]. Democratizar as informações e permitir sua avaliação por parte dos usuários seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de corresponsabilidade. Mas, para que essa gestão participativa aconteça, torna-se necessária a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações[...]. (COTTA 2010 *apud in* JORGE E AVENTURA, 2012)

AS Resoluções 333/2003 e 452/12 definem como competência dos conselhos divulgar os trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

Ainda sobre as diversas competências do conselho, encontramos na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, atribuindo aos Conselhos de Saúde atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. No gráfico a seguir avaliaremos como ocorre a prestação de contas por parte dos gestores dos Conselhos de Saúde.

Gráfico 05 - Periodicidade que o gestor apresenta o relatório de aplicação de recursos ao CMS



Fonte: Os autores

Com relação à periodicidade da prestação de contas sobre os investimentos de saúde, o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério de saúde recomendam:

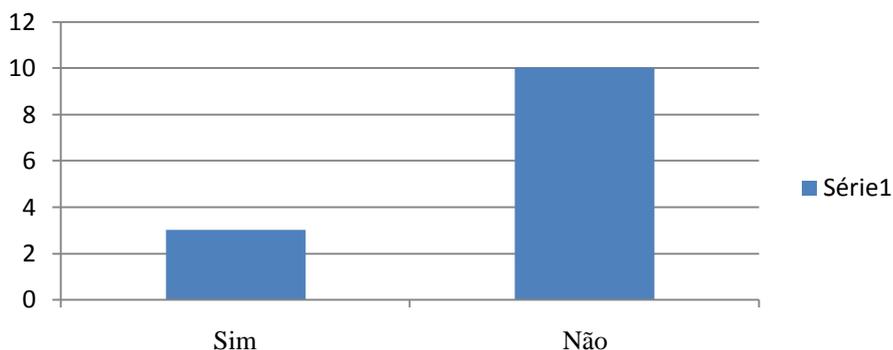
O gestor deve apresentar ao Conselho de Saúde a prestação de contas quadrimestrais- Maio/setembro/Fevereiro. O Conselho de Saúde deve enviar, quando for o caso, ao Chefe do Poder Executivo as medidas corretivas para cumprir as metas estabelecidas no Plano de Saúde. (MS; CNS, 2013)

Analisando o gráfico acima, não encontramos nenhum município que contemple a respectiva recomendação. Dos 13 municípios, 13% afirmaram que o gestor apresenta o relatório dos gastos a cada três meses, dado mais próximo ao que deveria ser realizado nos municípios.

O mais preocupante é a informação de que em 33% dos municípios a prestação de contas ocorre sem frequência definida, e outros 17% afirmaram que ocorre anualmente, ou seja, geralmente se efetiva quando há a necessidade do parecer do CMS para os sistemas informatizados do SUS.

Buscando responder ao tema proposto, com perguntas abertas, as próximas questões identificaram a opinião dos participantes sobre a efetividade e desafios do Conselho Municipal de Saúde.

Gráfico 06 - Efetividade do CMS na opinião dos participantes



Fonte: Os autores

Um conselho é efetivo quando há participação e conhecimento dos conselheiros, ou quando realmente se torna um espaço de discussões e deliberações em prol da melhoria da política de saúde.

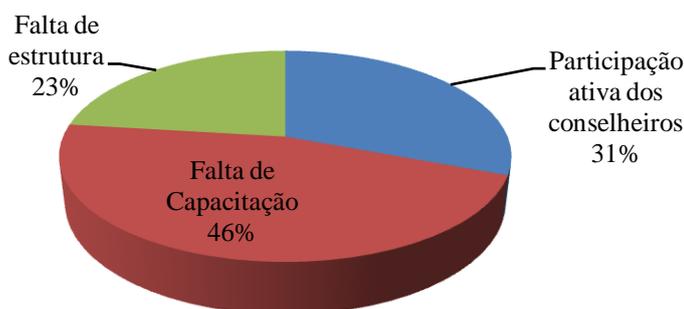
Os conselheiros, representando 77% dos participantes, afirmam que o Conselho de Saúde de que fazem parte não é efetivo.

Apenas 23% manifestaram-se favorável quanto à efetividade do conselho em seu município. Ao justificar a resposta, ambos afirmam que os conselheiros são críticos, participam ativamente e as decisões são respeitadas pelos gestores.

[...]parte relevante dos assuntos tratados é definida sem maior planejamento e discussão; falta capacitação aos conselheiros e várias das decisões tomadas não são implementadas pelo governo municipal, uma vez que há grande dificuldade no acompanhamento dos encaminhamentos e muitos acabam se perdendo (ROCHA, 2011; apud in JORGE; VENTURA, 2012).

A realidade encontrada na região da AMMOC corrobora com os autores citados, pois se percebe que na maior parte dos conselhos não há planejamento e nem capacitação aos CMS, tornando um espaço ineficaz.

Gráfico 07 - Principais desafios encontrados pelos CMS na opinião dos participantes



Fonte: Os autores

Embora os conselhos como espaços de controle social estejam legitimados desde 1988 pela Constituição Federal, ainda necessitam superar muitos desafios para alcançar o patamar de efetividade e cumprir com o papel de controle social.

Nesta seara, também se buscou analisar os principais desafios encontrados pelos municípios para fortalecer os CMS, na opinião dos conselheiros.

Dentre os principais desafios, 31% indicam que os conselheiros não participam de forma ativa, muitos pela ausência de presença física e outras ausência de entrosamento, opinião, manifestação sobre a política de saúde. Neste sentido Martini, Moreto e Pereira nos traduzem o real significado de “participação”:

Etimologicamente, a palavra “participação” significa fazer parte, ter ou tomar parte em, [...]o processo de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas “[...] conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira”. Nesse sentido, a participação torna-se sinônimo de luta por direitos e melhores condições de vida por parte da sociedade civil e pode ser considerada um movimento espontâneo dos indivíduos. (MARTINI;MORETO; PEREIRA, p. 59, 2012)

A ausência de participação dos conselheiros pode ser motivada pelo desconhecimento sobre a política de saúde, seus instrumentos de gestão e o próprio papel do conselheiro. A dificuldade relacionada à falta de compreensão dos conselheiros foi apontada por 46% dos participantes, afirmando que o acesso à qualificação permanente ainda é um grande desafio dos conselhos.

Os conselheiros ainda apontam como um desafio para alcançar a efetividade, a necessidade de possuir estrutura física e humana, a exemplo da secretaria executiva para assessorar nas mais diversas demandas do conselho, bem como materiais e espaço físico próprio e adequado.

Desta forma, observamos que nos 13 municípios de abrangência da AMMOC estamos distante de alcançar o patamar recomendado pelas legislações e resoluções citadas. os Conselhos Municipais de Saúde, em sua maioria, não conseguem ser efetivos e encontram diversos desafios a serem superados para o pleno exercício do controle social.

4 CONCLUSÕES

Os Conselhos de Saúde, espaços de controle social, exercício pleno da cidadania, consolidados em lei e direito da população, encontram muitos desafios na região pesquisada para efetivar todas as competências e finalidades que lhes são atribuídas pelas legislações e normatizações vigentes.

A dinâmica de funcionamento dos 13 Conselhos de Saúde investigados mostrou que sua efetividade e eficácia para exercer a representação dos interesses coletivos estão aquém do ideal. Conseqüentemente, vem impossibilitando que tais espaços democráticos se afirmem categoricamente nos seus propósitos, sendo possível afirmar que a simples existência “obrigatória” desses colegiados não garante democratização das políticas de saúde.

A presente investigação constatou que os Conselhos Municipais de Saúde não possuem a estrutura necessária para seu funcionamento, bem como não há participação ativa dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde.

Constatou-se ainda que muitos são os desafios para se efetivarem como controle social na integralidade, pois, além da ausência de estrutura, ainda encontramos a inexistência de capacitação continuada aos conselheiros, ou mesmo a falta de comprometimento das pessoas que se propõem a fazer parte do respectivo colegiado.

Existe um longo caminho a se percorrer para que a atuação dos conselhos seja eficaz, a começar pela participação dos conselheiros que devem ser responsabilizados a fim de criar comprometimento e organização popular, diminuindo a distância entre representantes e representados.

Os gestores também precisam ser sensibilizados quanto ao aporte financeiro, físico e humano necessário à boa gestão do Conselho de Saúde.

Assim, reforça-se que os Conselhos Municipais de Saúde, criados como instância de participação popular, merecem avaliação mais crítica sobre a sua funcionalidade e potencialidade para democratizar o Estado e, enfim, consolidar o controle social na saúde.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 nov. 1990.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 Dez. 1990.

CGU, Controladoria Geral da União. **Orientações para os cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Coleção olho Vivo, Brasília, 2012

CORREA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde.** Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Controle_Social_rec.pdf. Acesso em 12 de junho de 2016.

DIEGUES, Geraldo Cesar. **O controle social e participação nas políticas públicas:** o caso dos conselhos gestores municipais. Revista NAU social- v.4, p.82-93. Minas Gerais, 2013.

JORGE, Marjore Seara; VENTURA, Carla Arena. **Os conselhos municipais de saúde e a gestão participativa.** Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, V.11, n.1, p.106-115, jan-jun, 2012.

KOLOGY, Andressa; LUZ, Danuta Estrufika Cantoia. **Controle social:** entre a contradição e a complementariedade. Revista Serviço Social e Sociedade, V.16, N.2, p.142-165. Londrina, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Conselhos de Saúde:** a responsabilidade do controle social democrático no SUS. 2.Ed. Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 452.** Brasília, 2012.

MARTINI, Debora; NETO, Luiz Moretto; PEREIRA, Juliana. **A Articulação entre Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde do Município de Florianópolis:** um olhar sobre a cidadania deliberativa e o controle social. Coleção Gestão da Saúde Pública. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Vol-1-Artigo-3.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2016.

RICCI, Rudá. **Controle social:** Um conceito e muitas confusões, Revista Espaço Acadêmico, nº 98, Julho de 2009, Ano IX, ISSN 1519-6186)

SEBRAE/MG. **Políticas Públicas, Conceitos e práticas.** Série Políticas públicas, Minas Gerais, 2008.

SILVA, Francisco Carlos da Cruz. **Controle social: a administração para a sociedade.** Organizações & Sociedade, v. 9, n. 24, p. 115-137, São Paulo, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global.** Limites e desafios da participação cidadã. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **Efetividade e eficácia dos Conselhos.** Pólis, São Paulo: Instituto Pólis, n. 37, p.97-120, 2000.