

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
PROGRAMA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

JORGE LUIS DE SOUZA FONSECA

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO PINHAL: CONTRIBUIÇÃO
DOS CONSELHEIROS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE**

Porto Alegre

2012

JORGE LUIS DE SOUZA FONSECA

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO PINHAL:
CONTRIBUIÇÃO DOS CONSELHEIROS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – Modalidade à distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof: Cynthia Castiel Menda

Tutora: Prof. Me. Carla Bottega

Porto Alegre

2012

JORGE LUIS DE SOUZA FONSECA

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO PINHAL:
CONTRIBUIÇÃO DOS CONSELHEIROS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – Modalidade à distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof^ª. Cynthia Castiel Menda - UFRGS

Tutora: Prof^ª. Me. Carla Bottega - UFRGS

Dedico este trabalho a todos os responsáveis pela saúde de Balneário Pinhal (profissionais, servidores, secretário, conselheiros, colaboradores de todos os níveis), por toda a sorte de vivências e contribuições, que possibilitaram crescimento como estrutura e qualidade de serviços disponibilizados.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que colaboraram para que este trabalho pudesse ser finalizado.

Meus agradecimentos sinceros...

...a todos os profissionais do curso, pela direção e paciência no passar do tempo, e pelo conhecimento repassado;

...a minha tutora professora Carla, por sua extrema paciência e disponibilidade.

...aos amigos pela sensibilidade de entender e sublimar a minha ânsia no período do estudo;

...a minha mulher, por entender e saber que durante muito tempo deste trabalho, nossos tempos diminuíram;

...a minha mãe, por ter sempre uma palavra de incentivo nesta empreitada tão desconhecida para ela, mas parceira incondicional.

...aos meus filhos, que me apoiaram e estimularam, e, em especial a minha querida filha Bárbara, pela paciência, disponibilidade, ajuda e acima de tudo calma em muitos momentos, para que eu conseguisse chegar pelo menos até a última etapa desta caminhada.

...a todos amigos da Prefeitura Municipal de Balneário Pinhal que em inúmeros momentos foram incansáveis na colaboração e ajuda na materialidade de dados, papéis, informações, cuidados, interações com outros segmentos, e nunca sob qualquer condição, tiveram qualquer solução de continuidade em suas ajudas e préstimos.

“Saber e não fazer... ainda não é saber”.

(Provérbio Zen)

RESUMO

Este estudo tem como tema o Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal no que diz respeito à atuação e contribuição dos conselheiros para a política de saúde do município. Essa ferramenta, com sua efetiva implementação, amparada pela Lei nº 8.142/90, é responsável pela introdução de práticas sociais participativas, bem como via de participação e controle social. O presente trabalho apoiou-se teoricamente em temas como políticas públicas, conselhos, conselho de saúde, controle social, assim como nas leis pertinentes, normas operacionais, portarias, resoluções, decretos atinentes à área da saúde em tela. Tendo em vista os principais objetivos, almejou-se a oportunidade de descrever as práticas adotadas pelo conselho referente a realidade das atividades participativas, o resgate da trajetória do conselho, a apresentação de seu funcionamento, a busca dos resultados alcançados, e a constatação de que forma isso contribui para a política de saúde da cidade. Foi utilizada a abordagem qualitativa através de um Estudo de Caso com a elaboração de um questionário direcionado aos 13 conselheiros participantes do Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal. Dentre os principais resultados obtidos, destacam-se a incorporação das deliberações do conselho, a necessidade de mais reuniões ordinárias, a necessidade de mais informação para a comunidade do funcionamento do conselho, mais cursos e oportunidades de qualificação para os conselheiros, assim como a necessidade de que haja a uma maior participação cidadã nas questões de interesse da coletividade. Sendo assim, a análise possibilitou o entendimento da importância da ferramenta conselho de saúde, a contribuição da participação cidadã no processo de crescimento e melhorias na comunidade.

Palavras-chave: Conselho de Saúde Municipal, Controle Social, Participação cidadã, Políticas Públicas, Conselheiro de Saúde.

ABSTRACT

The theme of the current final paper is the Municipal Health Council of Balneário Pinhal, considering the councilors' performance and their contribution to the health policy of the city. This tool, taking into consideration its effective implementation, protected by the Law number 8.142/90. Thus, the main objective of this research is to describe the actions adopted by the council related to the reality of participatory methods, the recovery of the council trajectory, the presentation of its operation, the search of the achieved results and how it contributes to the health policy in the city. It was quantitative research, carried through a case study, in which was used a questionnaire applied to 13 participant councilors of the Municipal Health Council of Balneário Pinhal. Among the results, we highlighted the following: incorporation of the deliberations of the council, necessity of ordinary meetings, to inform the community of the operation of the council, to provide more courses and opportunities of qualification to the councilors, as well as to stimulate the participation of the citizens, considering the interest of the community. So, through the analysis, we could realize the importance of the tool "health council", the contribution of the citizens' participation in the growth and improvement process of the community.

Key-words: Municipal Health Council. Social control. Citizen's participation. Public policies. Health Councilors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Produção Ambulatorial - Quantidade aprovada em 2009 | 41 |
| Figura 2 - Produção Ambulatorial – Valor aprovado em 2009..... | 41 |
| Figura 3 - Número de Famílias acompanhadas na Atenção Básica – 2009..... | 48 |
| Figura 4 - Consultas na Atenção Básica Janeiro a Julho 2009..... | 48 |
| Figura 5 - Exames na Atenção Básica Janeiro a Julho 2009..... | 48 |
| Figura 6 - Organograma da Organização da SMS..... | 50 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-------|
| Tabela 1 - Índices Municipais de Balneário Pinhal | 39 |
| Tabela 2 - Distribuição da População por Grupo Etário | 39 |
| Tabela 3 - Informações sobre o Orçamento Público de Saúde (SIOPS)..... | 40 |
| Tabela 4 - Quantitativo de Exames e Atendimentos Especializados - 2008..... | 46,47 |
| Tabela 5 - Número de Atendimentos Prestados pelo Posto 24 horas – 2008, data em que foi feito um levantamento pormenorizado para efeito de embasar o projeto que solicitava a instalação de uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) no município | 49 |

LISTA DE SIGLAS

ACONAP - Associação Comunitária do Novo Assentamento Popular

ACS - Agente Comunitária de Saúde

AFMBP - Associação dos Funcionários Municipais de Balneário Pinhal

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMLINORTE - Associação Municípios Litoral Norte

AMPVM - Associação das Mulheres Pinhalenses Viva Maria

ARABP - Associação Rádio Amigos do Balneário Pinhal

ASPESUL - Associação de Amigos e Veranistas de Pinhal Sul

CCBP - Conselho Comunitário do Balneário Pinhal

CF - Constituição Federal

CMS - Conselho Municipal da Saúde

CMS/BP - Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONSEPRO - Conselho Segurança Pública de Balneário Pinhal

COREDE - Conselho Regional de Desenvolvimento

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CORSAN - Companhia Riograndense de Água e Saneamento

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRO - Conselho Regional de Odontologia

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEE - Fundação Estadual de Estatística

IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

NOB - Normas Operacionais Básicas

PIM- Primeira Infância Melhor

PSF - Programa Saúde da Família

PSM – Plano de Saúde Municipal

RIPSA - Rede Inter Agencial de Informações para a Saúde

RNIS - Rede Nacional de Informação em Saúde

SAI/SUS - Sistema de Informações Hospitalares

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIPOS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde

SISEMBP - Sindicato dos Servidores e Empregados Municipais de Balneário Pinhal

SISVAN - Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

TC – Terapia Comunitária

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1 POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988..... | 15 |
| 1.1 POLITICAS PÚBLICAS DE SAUDE – SUS | 17 |
| 1.2 CONTROLE SOCIAL NAS POLITICAS DE SAÚDE..... | 22 |
| 2 CONSELHOS | 26 |
| 2.1 CONSELHO DE SAÚDE..... | 29 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 34 |
| 4 A REALIDADE DE BALNEÁRIO PINHAL..... | 36 |
| 4.1 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO | 36 |
| 4.2 INDICADORES E ÍNDICES MUNICIPAIS | 37 |
| 4.3 POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL | 41 |
| 4.4 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE BALNEÁRIO PINHAL | 44 |
| 4.5 CONSELHO MUNICIPAL DE BALNEÁRIO PINHAL..... | 50 |
| 4.6 A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE BALNEÁRIO PINHAL | 55 |
| 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 59 |
| 5.1 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E SUA EFETIVA APLICAÇÃO COM RESULTADOS AUFERIDOS..... | 59 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 67 |
| REFERÊNCIAS | 75 |
| APÊNDICE A - Questionário Referente à Pesquisa sobre o Conselho Municipal de Saúde | 81 |
| APÊNDICE B - Ofício de Solicitação de Reunião no Conselho Municipal de Saúde..... | 86 |
| ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 87 |
| ANEXO B - Ata do Conselho de Saúde de Número 23/2011 | 88 |
| ANEXO C - Regimento Interno da I Conferência Municipal da Saúde de Balneário Pinhal | 89 |
| ANEXO D - Relatório da I e II Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal..... | 92 |

INTRODUÇÃO

Este estudo tem a oportunidade de descrever as práticas adotadas em Balneário Pinhal levando em consideração a realidade das atividades participativas, assim como também ser a materialização do resgate de parte da trajetória, do Conselho Municipal da Saúde (CMS) desenvolvida na cidade, especificamente a partir do período da nova composição definida em função da Lei n° 808 de 09 de Dezembro de 2008.

O Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, como todo o conselho instituído de forma legal, neste caso amparado pela Lei n° 8142/90 na esfera federal e que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e posteriormente com sua regulamentação própria na cidade através da Lei n° 077/97 e posteriores, e com os requisitos presentes e necessários à sua atuação, configura-se e estabelece-se no cenário da vida comunitária da cidade, após a conquista cidadã da constituição de 1988 (BRASIL, 1988), que introduziu práticas sociais participativas, como ferramenta de participação popular e efetivo controle social.

A evolução deste Conselho, através do relato de sua trajetória, avanços na participação social, configura-se como oportunidade de descrever e dar ciência a todos quantos acessarem este material, de uma iniciativa coletiva, de efetivo controle social, marcada por toda a sorte de características, e que no seu desenrolar, desde o seu nascimento, teve formas e enfoques diversos, e tendo através dos anos, sofrido depurações, correções e vindo a se tornar um instrumento na plenitude de controle social (BRASIL, 2001).

Nesta direção de colocações, e com a necessidade de estabelecer parâmetros adequados ao que vai ser estudado, fica definido como sendo o objetivo principal do presente estudo, a análise da atuação do Conselho Municipal de Balneário Pinhal e a sua contribuição para a política de saúde desenvolvida.

Para realizar esta análise, foram elaborados objetivos específicos, sendo eles: descrever como se dá o funcionamento do conselho de saúde no município em questão; relatar os resultados obtidos desta atuação do conselho municipal da saúde e por derradeiro, avaliar de que forma estes resultados contribuíram na política pública de saúde da cidade.

O Controle Social com sua característica e capacidade de se materializar, configura-se como sendo a atividade da sociedade civil com possibilidade de interagir na gestão

pública, e ir afinando os rumos das ações do estado na direção do interesse das comunidades (BRASIL, 2001).

O trabalho foi dividido em dois capítulos: no primeiro, houve a sinalização do período pós constituição de 1988, oportunidade em que foram analisadas questões referentes a políticas públicas, políticas públicas da saúde e a incidência do controle social sobre as políticas públicas. No segundo, foram desenvolvidas situações com referência aos conselhos, mais a frente com relação ao conselho municipal de Balneário Pinhal e para finalizar referências sobre a atuação dos conselheiros.

No contexto da metodologia, dois momentos se apresentarão: um com características teóricas, centrando na caracterização dos conselhos, participações e atividades deste, e outro a pesquisa empírica que utilizou-se de instrumentos variados, tais como questionário, análise de documentos pertencentes ao conselho, atas, registros, deliberações.

A percepção da importância do conselho como mecanismo legal, colocado a disposição da gestão, e aliado juntamente com a demonstração de que quando bem usado e bem direcionado pode dar retorno e contribuições a toda ordem cidadã, com reflexos diretos nos controles, usos e formulações das questões da área da saúde da cidade, restará evidenciado.

Aliado a isso, reafirmo que a materialização deste estudo irá somar junto a todos os que trabalham e lutam por melhores e mais eficazes aplicações de recursos e serviços na área da saúde, afirmando ainda que a participação popular implica resultados como a materialização concreta do exercício do controle social em sentido prático.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Antes de ingressar nas particularidades dos conselhos como objetivo principal deste trabalho, discorreremos sobre o conceito de política pública e a contextualização desta, a partir da constituição de 1988.

Política Pública é um conjunto de ações, estudado, planejado e organizado pelo governo, com ou sem a participação dos setores privados e não-governamentais, voltados para a resolução de problemas específicos ou simplesmente para o desenvolvimento da sociedade (BRASIL, 2008).

De outro entendimento temos “Resume-se Política Pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação, e/ou analisar esta ação, e quando necessário propor mudanças de rumo destas ações” (SOUZA, 2006, p. 26).

Entendemos Política Pública como sendo o conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução de problemas da sociedade (BRASIL, 2008). De forma genérica, segundo Costa (2005), política pública consiste na ação pública que pode se dar nas três esferas de governo (união, estado e município) e sua efetiva execução pode ser materializada pelo próprio poder público ou através de delegações, concessões no mercado ou entidades não governamentais, que através de programas, projetos visam a participação em determinada área ou tema específico.

Teixeira (2002), também conceitua como sendo diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público. Refere ainda:

São regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediação entre atores da sociedade e do estado. São nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamento) envolvendo recursos públicos (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

A formulação de políticas públicas, constitui-se no exato momento em que as administrações, governos democráticos, inserem seus objetivos, suas promessas e convicções em medidas concretas e ações que poderão vir a se tornar e produzir resultados que tenham o condão de melhorarem a vida de seus jurisdicionados (SOUZA, 2002).

A década de 80 trouxe para o conjunto da sociedade brasileira, um grande e efetivo desafio, que foi o de romper com o trato privado da coisa pública e, em função disso e também como consequência, romper com práticas clientelistas e relações de favorecimento.

De acordo com Costa (2005), novos papéis foram desempenhados pelo poder público local no Brasil após a promulgação da constituição de 1988. Dentre estes, destaca-se o papel de elaborar e implementar políticas públicas e também o monitoramento e a valorização dos instrumentos de avaliação de resultados dos programas e projetos implantados pelo poder público.

Costa (2005) ainda coloca que, desde os momentos da redemocratização da sociedade brasileira nos idos de 1980, data desde então, um processo de descentralização administrativa e uma tendência forte e objetiva de municipalização das políticas públicas, fato este amplamente deflagrado com a promulgação da Carta Magna de 1988, medida esta, que dentro de tantas realidades novas, levou a transformação e ao fortalecimento do governo na sua instância local.

Um cenário de crescente e generalizado processo, onde há o fortalecimento da esfera de governo local resta cada vez mais respaldado, até porque a descentralização das políticas públicas ajuda e fortalece esta nova forma de comportamento e participação. Estes fatores todos unidos, trabalhando na direção do fortalecimento do poder local, têm apresentado resultados que podemos vir a mensurar objetivamente olhando os avanços relativos a incorporação dos mecanismos de gestão democrática, instrumentos de distribuição de renda e divisão da riqueza produzida. Todos estes fatores estão intimamente ligados também a forma e ao menor ou maior grau de instalação dos aspectos e instrumentos de democratização do poder público local mediante as ferramentas disponíveis e instaladas (COSTA, 2005).

Nesta mesma direção, Costa (2005) continua discorrendo no sentido de que a descentralização viabilizou a possibilidade de espaços a serem trabalhados, demandas a serem alcançadas e neste movimento, o despertar da participação nos mais diversos mecanismos (conselhos), salientando-se entre outros, os da saúde, assistência social e educação.

Nas manifestações de avanço e estabelecimento da redemocratização do país e da efetiva descentralização das esferas de poder, basicamente naquilo que se refere às políticas públicas, temos Araújo (2000) que enfoca os espaços abertos pela democratização e pelos espaços que o governo como órgão autônomo foi protagonista. Temos hoje a figura dos conselhos institucionais, que é uma importante ferramenta de participação social e que através de detalhes de sua existência, participação e formação definem, as novas e efetivas relações de poder. As atribuições (consultivos, deliberativos) de acordo com a característica, a área de atuação, a forma de interação nas políticas tem o caráter de poder ou não interferir no andamento e na implementação das políticas.

O seguinte passo em direção a formatação dos objetivos deste estudo, será de mostrarmos de forma também breve a contextualização da política de saúde do SUS e as formas de se fazer chegar até o usuário os serviços que todos necessitam e precisam de forma muito expressiva.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – SUS

Resultante das propostas do setor de saúde, fruto das compilações e trabalhos na Assembléia Constituinte, foi inserido na Constituição Federal (CF) de 1988 o texto que sistematizou e aprovou a criação do SUS, oportunidade em que, ficaram explicitados e reconhecidos o direito à saúde como sendo um direito a ser assegurado pelas instâncias do Estado, onde princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade, devem ser organizados de maneira descentralizada, com hierarquia e com a participação da população (BRASIL, 2007).

Decorrente da organização do Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais, atividades e partidários de esquerda na luta contra a ditadura militar, oriundos da década de 70 em suas origens, e a sua busca por mudanças nos padrões de saúde (médico/assistência/privativista) para um sistema de saúde universal público participativo, descentralizado e de qualidade, novos rumos se apresentaram para a realidade brasileira (CORREA, 2003).

O Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações sob gestão pública. Sua organização é definida com redes regionalizadas e obedecendo a processos de hierarquia com abrangência em todo o contexto do país, com direção única nas diversas esferas de governo. O SUS insere-se ainda no contexto das Políticas Públicas de Seguridade Social, abrangendo além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2007).

Importante salientar que após a Constituição Federal de 1988, que foi o marco regulatório na área da saúde que estamos aqui tratando, ficou o Estado obrigado a garantir o atendimento à sua população, em contextos mais amplos do que anteriormente realizado. Fato este que tornou a saúde como um bem prioritário e uma condição para que os indivíduos tenham uma vida com contornos de dignidade, e conseqüentemente, com possibilidade de com isso ter os meios adequados a sua produtividade em suas áreas de atuação.

O conceito de saúde contemplado na Constituição Federal de 1988, artigo 196 diz literalmente:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011).

Para esta construção, foi importante o momento da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se constituiu em um marco da Reforma Sanitária Brasileira, onde segmentos de todo o país, discutiram as questões de saúde e apontaram novos caminhos. Destas discussões, a partir da participação maciça dos segmentos sociais, resultaram os avanços, amparados pelos aspectos constitucionais e que culminaram na criação do SUS, nascendo a definição de Saúde como um direito do cidadão e um dever do estado (MACHADO, 2006).

De acordo com o que escreve Andrade (2001), a VIII Conferência Nacional de Saúde, contou com um número de mais de 5.000 pessoas, entre dirigentes de áreas institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, demais lideranças sindicais e populares envolvidos e afeitos ao tema saúde. Nesta conferência, foi discutida de forma intensa a situação da saúde no país, e logo após, como consequência, foi aprovado o relatório decorrente das discussões, onde seu contexto, sua disposição e conclusões, serviram de base para o projeto de reforma sanitária brasileira, que acabou levado para a discussão no âmbito do Congresso Nacional onde discussões relevantes na assembléia constituinte em 1987 estavam em andamento (ANDRADE, 2001).

Os fatores discutidos durante a realização da VIII Conferência de Saúde, foram na sua grande maioria integrados e referenciados como teses discutidas e aceitas, sendo inclusos no texto constitucional, dando origem ao que temos hoje como Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi a oportunidade na qual se fez a transição de uma forma conceitual de controle exercido pelo estado sobre a sociedade, e passando para uma forma onde o controle passa a ser exercido pela sociedade sobre o estado (AVRITZER, 2005).

Nesta mesma oportunidade, foi introduzido um novo paradigma para o Sistema de Saúde no país, onde nos itens de Ênfase, Higiene, Controle e Sistema de Saúde foram estabelecidos novos padrões reconhecidos. Como característica antiga, evoluímos de uma medicina curativa, de ações asseguradas pela ação coercitiva do estado, do controle do estado sobre a população e de uma visão individualista do sistema, para uma visão nova, onde se evoluiu para uma medicina preventiva, caminhamos para o entendimento que as questões de

higiene são responsabilidade do indivíduo e direito do cidadão, com o entendimento que o controle da saúde é uma forma de a população controlar o estado e como sistema a apresentação da realidade da saúde como um contexto de práticas coletivas de saúde (AVRITZER, 2005).

Posteriormente, com o advento da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), em seu artigo 2º, reforça as disposições constitucionais ao definir: “A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício” (BRASIL, 2011, p. 1).

Na mesma direção, o art.198 da CF estabeleceu a inovação da participação popular dentro do Sistema Único de Saúde, e que fez com que a Lei nº 8.142/90 fosse regulamentada. Definiram-se como instâncias de participação, as Conferências e os Conselhos de Saúde. Estes dois mecanismos nos remetem para o entendimento da participação chamada Controle Social.

Entenda-se como Controle Social, a capacidade que tem as sociedades organizadas de intervirem nas políticas públicas, fazendo a interação com o estado, a fim de que se estabeleçam as necessidades e o interesse nas definições das prioridades e metas dos planos de saúde (ANDRADE, 2001), ou de forma mais objetiva, sendo dito que o controle social é a tentativa de se estabelecer uma nova relação entre o estado e a sociedade, fazendo com que implique na abertura do estado, a fim de que a sociedade participe de suas decisões (CARVALHO, 1995 *apud* ANDRADE, 2001).

Nas diretrizes contempladas dentro do Sistema Único de Saúde, a participação do cidadão, é valorizada como sendo uma das formas de controle dos atos dos administradores públicos, passando pela esfera financeira, até porque, os recursos da saúde são aplicados por meio de mecanismos denominados “Fundos”, nos níveis de poder (Estadual, Federal, Municipal) que terão acompanhamento e fiscalização dos Conselhos de Saúde (MACHADO, 2006).

Podemos também adentrar neste novo significado, dizendo o que a saúde como um todo passou a considerar, dentre outras coisas, novas práticas dos serviços de saúde, e de participação, que fizeram ampliar a rede de necessidades e também a forma de atendimentos e da prestação dos diversos tipos de serviço.

O conceito de saúde na sua formulação passa a conter novos enfoques, e leva em consideração novos fatores. A certeza de que no momento em que se considera não só causas

biológicas de doenças, mas sim também fatores sociais, como a falta de saneamento básico, a fome, a falta de qualificação educacional, como um conjunto de fatores também determinantes para o aparecimento de doenças e situações adversas, que contribuem para esta proliferação, passa a ser uma nova forma de pensar as demandas e necessidades.

A Lei nº 8.080/90 no seu artigo 2º §3:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2001, p. 1).

Entenda-se que a criação do SUS, foi demandada com a finalidade de alterar e interagir nas situações de desigualdades na assistência às questões de saúde da população, através da universalização do acesso ao atendimento, tornando-o obrigatório para todos e sendo gratuito.

Segundo o art. 198 da CF de 1988, as ações de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento, sendo norteadas pelos seguintes direcionamentos em suas origens: I - Descentralização; II - Atendimento integral; III - Participação da Comunidade. Conforme diz o Parágrafo Único do artigo 198, o seu financiamento será feito com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O SUS, por ser público é, financiado com recursos decorrentes das arrecadações de impostos e contribuições pagas pelos trabalhadores. São parte deste Sistema Público os centros e postos de saúde, os hospitais, os laboratórios, os hemocentros, as fundações e institutos de pesquisa.

Avançando nas especificações do SUS, em suas diretrizes presentes no art.198 da CF de 1988, encontramos três pilares apresentados: Descentralização, Integralidade e Participação da Comunidade. Descentralização é a dimensão de dar autonomia aos Municípios para que se organizem e administrem os serviços de saúde locais. A descentralização tem como pressupostos a regionalização e a hierarquização, que são formas de fazer com que o sistema fique organizado, tornando-o mais eficaz, na relação do atendimento e serviços, como também da forma de aplicação dos recursos financeiros para os setores destinados. A regionalização busca a forma de melhor atender e posicionar os recursos (locais, hospitais, especializações) por critérios de regiões e de centralização e

otimização daquelas ofertas existentes; e a hierarquização busca a divisão dos serviços segundo níveis (primários, secundários e terciários), respectivamente, atendimento de prevenção, atendimento de assistência médica e por último, assistência hospitalar. A regionalização e a hierarquização são elementos importantes para o planejamento de ações e serviços de saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, como mecanismos do conjunto de leis do sistema, regulamentam o processo de descentralização da gestão, serviços e das ações de saúde. Atualmente, existem três editadas respectivamente em (1991, 1993, 1996). Elas refletem o manancial das discussões e formulações decorrentes da interlocução entre os representantes dos governos federal, estadual, municipal e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1996).

Dentro da especificação contida na NOB-96, apresenta-se na atualidade com duas condições de gestão:

a) Gestão plena de atenção básica: o município recebe recursos fundo a fundo e o valor é proporcional a um per capita de valor por habitante, a fim de fazer frente aos gastos com a atenção básica de saúde; b) gestão plena do sistema municipal de saúde: nesta modalidade o município recebe o valor fundo a fundo para o financiamento total das ações de saúde.

O outro pilar acima mencionado é a Integralidade, na concepção geral de atendimento em todas as extensões, levando em consideração o ser humano na sua integralidade com todas as suas necessidades e sem nada de exclusões ou formas de discriminação sejam de que amplitude, forma ou extensão.

E o terceiro e último assinalado é o que se refere a Participação da Comunidade, como sendo uma forma de controle social que possibilita a sociedade, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalização das políticas de saúde.

Como exemplos de forma de participação da comunidade na gestão do SUS, temos: a) Conferências de Saúde (as conferências estão previstas na Lei nº 8.142/90, artigo 1º § 1):

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2011, p. 1).

b) Conselhos de Saúde (está regado na mesma Lei nº 8.142/90 no artigo 1º § 2):

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2011, p. 1).

1.2 CONTROLE SOCIAL NAS POLITICAS DE SAÚDE

Quando se fala em políticas públicas e se desenvolve o direcionamento especificamente para as políticas de saúde, não podemos nos dissociar do processo da participação que se apresenta aos olhos de todos, por se tratar de uma ferramenta muito significativa e que implica desde a sua origem em contribuições e controles, que convencionou-se chamar de controle social.

O sentido de Controle Social que foi delimitado na Constituição Federal de 1988, é o enfoque onde está presente o sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as Políticas Sociais. Esta concepção teve afirmação a partir do processo de redemocratização que nosso país viveu na década de 80, com o aprofundamento do debate dedicado a democracia e na construção de uma nova relação Estado-Sociedade, onde diferentes agentes sociais interferem no sentido da democratização do estado brasileiro. Nesta caminhada, aparecem mecanismos importantes como os Conselhos e as Conferências (BRAVO, 2001).

Conforme especificado por Carvalho (1995), o controle social é entendido como uma forma de tentar estabelecer uma nova relação entre o ente estado e a sociedade implicando na abertura do estado para que a sociedade participe das suas decisões.

A expressão controle social, é empregada de forma a designar mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando a organização social e efetivando sobre os indivíduos desta organização social determinados padrões sociais e princípios morais. Nesta direção, assegura identificação e conformidade dos comportamentos dos indivíduos a um conjunto de medidas e princípios prescritos em lei e sancionados (CORREA, 2003).

Esta forma de entendimento da participação da sociedade nas áreas da saúde é fruto da atuação organizada no cenário político-sanitário, e que foram sendo incluídas nas reformas setoriais da área da saúde que vieram a compor o que hoje se tem como SUS. Como já referido anteriormente, o Sistema Único de Saúde tem como um de seus pilares a participação

da comunidade, cabendo ficar assegurado o controle social sobre a atuação e os serviços de saúde oferecidos.

De acordo com Souza (2010), o Controle Social vai se reportar e remeter diretamente ao direito do cidadão, quando visualiza a saúde não como um serviço, e sim um direito a ser buscado e defendido. A saúde é um direito, e uma das formas de se alcançar tal objetivo é a partir da democracia, assim como o controle social também o faz no exercício de suas prerrogativas.

Seguindo o descrito por Carvalho (1995, p. 8), “[...] controle social é a expressão de uso recente e correspondente a uma moderna compreensão da relação Estado - Sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Igualmente nesta direção Barros (1998) trata o controle social sobre a ação do estado, dentro de uma perspectiva de democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania.

O Controle Social é aqui entendido como o controle sobre o estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Este controle da sociedade deve visar o benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade organizada efetivamente se mobilizarem, se tornarem atuantes e exercerem suas participações, mais e maior será a pressão e os resultados decorrentes a fim de que seja efetivado as condições ideais do estado democrático (BRASIL, 2002).

Nesta direção, o Controle Social é uma medida inovadora na política do SUS, tendo em vista a expressão que tomou a participação social no processo de gestão, não se restringindo apenas a atos fiscalizatórios, mas também tendo inserções na formulação das políticas públicas de saúde. Verifica-se que na prática, muitas dificuldades são enfrentadas com o Poder Executivo, no que tange ainda com a falta de autonomia de alguns conselhos, em relação ao trato com os gestores, corroborando para que se manifestem práticas clientelistas; ausência da cultura de participação e controle social na sociedade e a ocorrência do aparecimento de conselhos de cunho cartoriais (GOMES, 2004 *apud* PEREIRA, 2008).

Quando nossa constituição define no seu artigo 198 inciso III a participação à comunidade, somos remetidos diretamente para o contexto onde se apresentam duas formas específicas de participação coletiva que são respectivamente, os Conselhos Gestores e as Conferências. Estes espaços, segundo Machado (2006), são fruto da mobilização e das

pressões exercidas pela democratização das políticas, e são espaços divididos pela sociedade e pelo estado, para a realização do controle social.

Dentro desta linha de estruturação dos Conselhos de Saúde, onde o Controle Social se apresenta como ferramenta importante na estratégia de controle do SUS, fica claro que independente de todos os avanços já ocorridos nas áreas de administração e de situações jurídicas, os setores sociais envolvidos neste processo de formação de consciência e participação ainda necessitam mais e mais de mecanismos de controle e avaliação próprios de suas ações.

Nos aspectos quantitativos, os conselhos avançam e se apresentam em número significativo na realidade nacional. Os conselhos com características de participativos de gestão já se constituem em número desde o final dos anos 80, em mais de 30 mil conselhos municipais, dando cobertura a todo o conjunto dos mais de 5.500 municípios brasileiros (PONTUAL, 2008). Referindo, segundo dados explicitados por Correa (2003), existem aproximadamente 5.537 conselhos de saúde, atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5.560), e chegando a um número de aproximadamente 87.212 conselheiros, sendo destes 798 estaduais e 86.414 municipais.

Em contrapartida, sob o ponto de vista da qualidade de sua participação e resultados a serem apresentados e apropriados, ainda pecam na sua origem e forma e resultam em uma limitação para o desenvolvimento da atividade controle. A característica de muitos conselhos manterem caráter consultivo ainda, deixando a desejar na sua legitimidade e função; a dependência ainda das secretarias de saúde e um suposto e possível atrelamento; a dificuldade de materialização de suas ações em consonância com os reais objetivos que representem os anseios sociais; a dificuldade de acesso as informações em muitos conselhos em determinadas localidades e influências de determinados contextos (ANDRADE, 2001).

Seguindo nesta direção, Machado (2006) refere que o efetivo exercício do Controle Social na área da saúde, permite que os membros da comunidade atuem de formas distintas: uma, no sentido da formulação de propostas e reivindicações, assuntos de relevância para a coletividade, participando decisivamente na formulação de políticas públicas de saúde, e a outra forma, na materialização do controle dos atos dos administradores.

Já Barichello (2011), reforça que o Controle Social na área da saúde é uma ferramenta para que se alcance a gestão participativa. Esta forma ou este ato democrático, organiza e gerencia ações e práticas de políticas de saúde na forma de compartilhamento, ou seja, através

da atuação conjunta onde gestores e sociedade, planejam programas, ações e serviços que se mostram diferentes e rompem com a estrutura tradicional de comportamento político, proporcionado que os papéis sejam exercidos e sejam efetivos através dos diferentes atores sociais.

Mesmo extrapolando os parâmetros do controle social na área da saúde, é importante registrar outras formas de controle social (além da conferência e do conselho) que são possibilitados hoje em nossa realidade legal: a) voto sufragado na escolha dos governantes; b) Plebiscito; c) Projeto de Lei de Iniciativa Popular; d) Ministério Público com suas prerrogativas e atribuições; e) Órgãos de Defesa do Consumidor; f) Mobilização Popular com seus mecanismos próprios de organização comunitária e sindical; g) Meios de comunicação próprios dos conselhos e a Mídia em geral (FRANCO *et al.*, 2004).

No entendimento de Stralen *et al.* (2006), a saúde quando submetida à ótica do controle social passa a ser um direito de cidadania, através do diálogo com a sociedade, indo além dos limites institucionais do SUS.

O Controle social pode ser definido, como sendo o processo através do qual a população tem participação, através de representantes, da definição, da execução e do efetivo acompanhamento das políticas de governo. No período anterior das lutas da reforma sanitária, esta conceituação significava sim o modo de agir do estado, que controlava a sociedade. Na atualidade, considera-se o controle social como a participação da sociedade nas ações de governo, controlando-as (DUARTE e ANTERO, 2010 *apud* BARICHELLO, 2011).

Várias iniciativas têm sido desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde, para que se reforce especificamente o Controle Social. Uma que aparece com visibilidade destacada é o Programa de Capacitação de Conselheiros, atividade desenvolvida pelo Ministério em parceria com a Escola Nacional de Saúde /Fiocruz juntamente com outras instituições, que já ultrapassa de 35 mil conselheiros da saúde capacitados em todo o país. Esta experiência tende a ser multiplicada, mediante o uso de Pólos de Educação Permanente, que levam até os conselheiros conhecimentos e instrumentos que são indispensáveis para o seu bom desempenho na função de conselheiro, no exercício pleno do controle social (LABRA, 2006).

2 CONSELHOS

No Brasil, as primeiras manifestações sobre a adoção de conselhos, apareceram aliadas à prática da formação de conselhos compostos por “notáveis”, pessoas eruditas e de saber dito diferenciado. Eram os conselhos de governo, pois serviam de fonte de consulta, de ajuda e participação individual, calcada no saber de alguns, sem a participação popular (BRASIL, 2004).

Igualmente, até a década de 1980, continuaram e se fizeram presentes sempre os conselhos de notáveis, onde a forma de escolha residia no “notório saber”, fator este que aliado a parceria juntamente com os mandatários, normalmente direcionavam a gestão pública de acordo com seus interesses pessoais e de suas categorias representativas. O critério de escolha, girava em função do conhecimento, buscado para a esfera governamental, de caráter tanto nacional como estadual, e que se especializavam nas áreas da educação saúde, cultura, assistência social. Estes conselhos abdicavam da missão de assessorar as políticas públicas e se fixavam com características técnico especializadas, concentrando nas normatizações, sem avançar nas áreas de participação popular e representatividade direta (BRASIL, 2004).

Buscando uma classificação sobre tipos de conselhos, encontramos o trabalho conjunto entre o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Comunidade Solidária (1997) que propõe a divisão dos conselhos em três tipos: a) Conselhos de Políticas; b) Conselhos de Programas e; c) Conselhos Temáticos. Os Conselhos de Políticas são aqueles que fazem parte do Sistema Nacional, e que tem um papel preponderante de formular, planejar e fiscalizar as respectivas ações concernentes às políticas que estão vinculados. É especificamente onde que se situam os Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Educação e os Conselhos de Direitos diversos, tais como o Conselho da Criança e do Adolescente.

Os conselhos de Programas são aqueles que são vinculados diretamente a programas concretos e bem delimitados, como por exemplo, os Conselhos de Alimentação Escolar, de Habitação, de Emprego. Os Conselhos Temáticos são aqueles que estão associados a idéias ou temas da agenda do município e não estão vinculados necessariamente a um Sistema. Ex: Conselhos Municipais de Cultura que assim são classificados porque se formam e existem independente de uma política centralizada existente ou não na sua raiz de existência, e não estão vinculados a um sistema específico (HOLANDA, 2009).

No contexto da redemocratização do país, os movimentos populares, as associações e entidades representativas, fomentaram e passaram a reclamar um processo de representação e participação na gestão pública. Estes foram institucionalizados a partir da constituição de 1988, e apresentaram a partir de então além do cunho do conhecimento, a legitimidade da participação popular, sendo institucionalizados como parte da gestão e aplicação das políticas públicas. Os conselhos representam hoje uma estratégia muito particularizada e uma estratégia de democratização das ações do estado (BRASIL, 2004).

Na atualidade, os conselhos gestores de políticas públicas são formas novas de arranjos institucionais que servem de canal para a relação formalizada entre estado/sociedade. A sua forma de funcionamento, estabelecida no texto legal, com a autonomia incorporada, traz uma nova concepção de funcionamento, e são legitimados pela sua formação e diversidade de participações. A participação organizada age de forma a potencializar a resolução de conflitos através do diálogo e das formas de chegada ao consenso, beneficiando e assegurando o respeito a representação individual de cada um (MACHADO, 2006). Os Conselhos Municipais de políticas públicas, se constituem em espaços públicos de participação da sociedade e de diálogo, com poder de decisão sobre a existência e aplicação das mesmas (SILVA, 2010).

Os conselhos são instâncias privilegiadas de poder, de característica democrática, com abertura para todos os segmentos representativos da sociedade, de cuja atuação se espera e se aguarda uma ação pronta e objetiva na direção do controle da política pública (MESQUITA, 2003).

Também existe o entendimento de que os conselhos foram apropriados e inseridos no momento político nacional com a finalidade de se efetivarem como espaços adequados e complementares aos mecanismos de representação, com a possibilidade e capacidade de permitir o controle social e aprimorar o desempenho do governo na gestão das políticas públicas (FERREIRA, 2010).

A Instituição e Disseminação dos Conselhos Municipais a partir dos ideais defendidos pela Reforma Sanitária tem como núcleo de orientação o aumento da participação no sentido direto da população na gestão municipal e da eficiência e eficácia das políticas públicas, em um novo local (arena) política administrativa, que reconfigura os processos de decisão e a capacidade da sociedade em controlar a utilização dos montantes de recursos públicos, e ainda, a configuração da tomada de decisões mais democráticas (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2004 *apud* PEREIRA, 2008).

Os Conselhos gestores de políticas públicas se constituem na atualidade como uma das principais e destacadas experiências de democracia participativa no Brasil. A sua presença nos mais diversos municípios, articulados nas esferas federal, estadual e municipal, e com a capacidade de cobrir uma grande abrangência de temas, como saúde, moradia, meio ambiente, transporte, cultura, representam na atualidade uma conquista destacada sob o ponto de vista da construção de uma realidade democrática. A intensificação do diálogo entre governo e sociedade, nos canais públicos e plurais de representação, são vistos e aceitos como condição para a colocação de recursos públicos de forma mais justa e adequada (TATAGIBA, 2005).

Mas, não são somente facilidades, e acertos, a dimensão da existência de conselhos gestores no processo de políticas públicas. Dificuldades são também relacionadas na esfera da sociedade civil, tais como as que refletem experiências conselhistas e as dificuldades em se constituírem como exemplos de democracia deliberativa, ou seja, aquela que pode ser considerada como um modelo de correção no exercício do poder político pautado pelo debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação (LUCHMANN, 2002).

Estas dificuldades podem ser listadas de forma bem objetiva: a) cultura autoritária; b) falta de qualificação da representação, tanto governamental como da sociedade civil; c) precária articulação com as bases; d) e amarras burocráticas (LUCHMANN, 2010).

Nesta direção, uma posição cada dia mais comum dos governos com relação ao desenho institucional dos conselhos segundo Raichellis:

O que incomoda os governos na questão dos conselhos não é a sua existência, mas exatamente a natureza de suas atribuições, o fato de terem caráter deliberativo garantido legalmente, pois os procedimentos são muitas vezes mais demorados e abertos ao debate e conflitos de posições por terem que passar pela aprovação dos conselhos. Os recursos do orçamento e os fundos de financiamento para as áreas da assistência social, da saúde, da criança e do adolescente, são obrigatoriamente submetidos à aprovação dos conselhos (RAICHELLIS, 2000, p. 43).

Os espaços institucionalizados de participação social no SUS, se caracterizam como sendo os principais caminhos para fomentar e incentivar a participação forte da sociedade civil na construção de novas formas de gestão pública, somando-se forças atuantes de uma determinada comunidade à se integrar na organização e gestão de seus problemas e suas efetivas necessidades (GOHN, 2004 *apud* PEREIRA, 2008).

2.1 CONSELHO DE SAÚDE

Como primeira manifestação sobre o que são os Conselhos de Saúde, entende Labra (2006), que são espaços de deliberação integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão colegiado, de caracterização vinculado à Secretaria Municipal da Saúde, onde está inserido, fazendo parte dos mecanismos criados pelo SUS, para garantir o Controle Social do Sistema de Saúde (BRASIL, 2001).

De acordo com a Resolução 333 de 04/11/2003 do Conselho Nacional de Saúde, em sua primeira diretriz, define: Conselho de saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do ministério da saúde, da secretaria de saúde dos estados, do distrito federal, e dos municípios, com composição, organização e competências definidas pela Lei 8.142/90.

Entre as suas principais articulações e atribuições, o conselho tem como missão: a formulação de estratégias para a elaboração dos Planos de Saúde e o efetivo controle das políticas ali definidas. O Conselho na busca de cumprir o que determina a lei de sua criação, deve exercer o controle social do SUS, fiscalizando, planejando e controlando os recursos da área da saúde do orçamento do município.

Além disso, deve o Conselho ainda praticar a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, ainda propor o Plano Municipal de Saúde, inserindo-o na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e ver submetido ao seu crivo a Programação Pactuada e Integrada (PPI), com ações, metas e orçamento, além de aprovar sempre o Relatório de Gestão em tempo hábil, para poder proporcionar no ambiente do conselho uma discussão pertinente (LABRA, 2006).

Os Conselhos buscam ter a participação da discussão das políticas de saúde, sendo que nesta sua atuação, ressalta-se uma característica que é a da atuação independente do governo. Mesmo que façam parte de sua estrutura, mas caracterizam-se por defender e tratar os interesses dos segmentos diferentes representados na estratificação social, possibilitando a negociação das propostas e a alocação de recursos para as áreas que realmente demandam prioridades (BRASIL, 2007).

Um dos maiores objetivos dos conselhos é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo, sendo que a inovação presente no mecanismo é a sociedade,

exercendo o controle da política, mediante a presença organizada dos diversos segmentos. Os conselheiros exercem posição de relevância pública, e agem a serviço do SUS e também pela garantia dos seus princípios constitucionais e legais (MACHADO, 2006).

De acordo com o que diz Barrichello (2011), o espaço do conselho, a sua área de influência e onde ele se propaga, pode ser pensado como um organismo que potencializa as demandas da população, no exato momento em que coloca em discussão os mecanismos de atenção à saúde de forma que possam eles garantir atendimento para as necessidades que vierem a se apresentar para cuidados e análise do conselho.

Expressa a Lei nº 8.142/90 no seu § 2º:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 2011 p. 1).

A lei também é clara quanto a forma de composição dos Conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos segmentos (governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários). A mesma lei segue definindo a paridade da composição entre usuários e demais segmentos, sendo 50% de usuários e os outros 50% divididos entre 25% para trabalhadores na saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados.

No guia de referência para conselheiros municipais, publicação do Ministério da Saúde, e ainda constante da Lei nº 8142/90, duas condições ainda necessitam ser implementadas quando da natureza do conselho como condição necessária ao bom funcionamento: **representatividade** e **legitimidade** (BRASIL, 2001).

- **Representatividade:** leva em conta a necessidade de que o conselheiro atue efetivamente como um interlocutor de suas bases; não se distancie de sua entidade de indicação e represente e defenda os interesses da sociedade como um todo.
- **Legitimidade:** baseia-se por sua vez no respaldo político da sua origem, sendo que a perfeita identificação daquilo que o conselheiro defende, tem que ser estendido ao interesse da população como um todo e não somente o grupo que representa.

Mais cinco outras condições são também fundamentais para que o desempenho do conselho seja adequado, tais como: a) **Autonomia:** para ser autônomo o conselho precisa

gozar de condições administrativas, financeiras e técnicas no desempenho de sua missão e atividades; b) **Organicidade:** caracterizada pelo menor ou maior grau de organização das atividades do conselho, sendo primordial a obediência de datas, frequências, presença e representação regular das entidades entre outras; c) **Permeabilidade:** aquele conselho que já consegue estabelecer um canal de conquistas e avanços e que se posiciona com rapidez e percepção sobre novos temas e novas demandas necessárias; d) **Visibilidade:** condição alcançada através da transparência das ações do conselho dentro da sua área de abrangência e com a prestação de contas a comunidade que ele deve e precisa fazer em todos os momentos; e) **Articulação:** se constitui na capacidade do conselho em interagir com os demais conselhos existentes na sua esfera, ou dos demais tipos que também fazem a sua missão e honram compromissos e atividades na cidade. Além disso, a inter relação que o conselho estabelece com a Câmara de Vereadores, Ministério Público e demais órgãos de controle que interagem nas suas atividades de bem produzir e reforçar as atividades de interesse da comunidade (BRASIL, 2001).

A Competência dos Conselhos de Saúde foi descrita e ampliada por Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 33 de 1992) e (Resolução nº 333 de 2003) que buscam de forma principal estimular o funcionamento efetivo dos conselhos, além de garantir a representação dos usuários, fato este assegurado através da competência regimental e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Stralen (2006), resume que a Resolução nº 33, recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos próprios conselheiros, assim como a participação dos usuários seja decorrente de indicação de suas respectivas entidades. De outra forma relata, que a resolução recomenda reuniões com periodicidade mínima de uma vez por mês e que também as decisões sejam homologadas pelo chefe do poder executivo local. Por derradeiro também coloca a tendência da resolução em querer fortalecer o caráter propositivo dos conselhos.

Ainda em sua análise da Resolução nº 333, Stralen (2006), procura fortalecer a representatividade dos conselhos, aumentando a lista das entidades que poderão ter assento no colegiado, quando da representação dos usuários. Informa ainda que através da resolução, o governo deverá garantir autonomia aos conselhos na ordem financeira com perspectiva de dotações próprias, além de recomendar que o conselho tenha e faça a sua articulação com órgãos adequados como outras representações, Ministério Público, e demais conselhos gestores de políticas públicas.

Dessa forma, a instituição dos Conselhos de Saúde, como órgãos de controle social e com função participativa, é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade. Entretanto, na maioria dos municípios, a implantação se deu como resultado da política da obrigatoriedade com caráter indutor que o Ministério da Saúde utiliza, no condicionamento de repasses de recursos federais, fazendo com que isso ficasse adstrito a efetiva criação do respectivo conselho.

Decorrente destes fatores, ou melhor, destes condicionamentos, notou-se também como fator negativo encontrado, a criação de conselhos de características muito heterogêneas, variando dos efetivos, chegando aqueles com características apenas cartoriais, sem contribuição ao processo efetivo (STRALEN, 2006).

Nesta mesma linha de argumentação refere Souza (2010), quando manifesta o quanto é importante deixar claro algumas das dificuldades no que tange aos conselhos sob algumas circunstâncias tais como a fragilidade do nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a cultura de submissão arraigada em segmentos da população brasileira; a baixa representatividade e conseqüente legitimidade diminuída dos conselheiros pela pouca organicidade em relação a origem de sua base; a desarticulação em alguns níveis; a desinformação que as vezes se apresenta como generalizada; além da pouca transparência dos recursos financeiros aplicados e a serem aplicados.

Mesmo com a possível caracterização das fragilidades no controle social, os Conselhos de Saúde têm mantido e se caracterizado como sendo organismos deliberativos na implementação de política pública de saúde, e, fazendo nesta esteira uma apropriação do discurso da cidadania e da democracia participativa com vistas a operacionalização de políticas que tem foco na Atenção Básica (GERSHMAN, 2004 *apud* PEREIRA, 2008).

Cada Conselho na sua atuação e no desincumbir de sua missão legal prevista, deve procurar refletir a realidade em que está inserido, levando sempre em consideração fatores tipo, diferenças políticas, sociais e culturais das diversas regiões deste país, até porque, as ações de saúde tendem a ser as mesmas em todas estas regiões. Trabalhar com a realidade da fome, desemprego, doenças, violência, são presentes e tendem a curto e médio prazo ter seus reflexos sempre acarretados para a área da saúde (MACHADO, 2006).

A expectativa do autor é de que os conselhos de saúde não apenas funcionem como instância de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e realização de expectativas dos vários segmentos que o compõe (STRALEN, 2006).

Os Conselhos de Saúde, defindos como instância de participação efetiva e democrática, caracterizam-se como sendo novos centros de poder, decorrentes do fato da descentralização do sistema, e contribuem com a finalidade de trazer para a instância pública o debate de demandas da sociedade, que em momentos anteriores a esta fase, eram somente discutidas pela gestão do Sistema de Saúde (ACIOLI, 2005 *apud* PEREIRA, 2008).

A deliberação do CMS, vem a tornar-se um ato de governo quando é homologada pelo gestor da política municipal. Quando desta sua ação e após a lavratura desta deliberação, o seu ato é forte tanto quanto uma Portaria governamental, em virtude da prévia previsão legal. O atendimento ou não das deliberações por parte do gestor municipal poderá ensejar medidas por parte do conselho com destino direto do Ministério Público Estadual e Federal, assim como a acolhida pela estrutura do Judiciário (MACHADO, 2006).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização do presente estudo, e com base no que preceitua Vergara (2011), quanto aos fins, utilizamos a pesquisa de natureza exploratória, também com características de descritiva, com abordagem qualitativa, e quanto aos meios, como sendo um estudo de caso. O estudo de caso é o tipo de pesquisa que fica circunscrito a uma ou poucas unidades, podendo essas ser entendidas como pessoa, família, produto, empresa, órgão público, comunidade ou mesmo o país. Ela tem presente o caráter do efetivo detalhamento e uma certa profundidade. Igualmente pode ser realizada a campo ou não, e utiliza métodos diferenciados na coleta de dados (VERGARA, 2011).

O instrumento escolhido para realizar a coleta de dados foi um questionário, que em seu conteúdo conta com 15 perguntas fechadas, e 8 perguntas abertas. De acordo com Gil (1996), a elaboração de um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos. Nas primeiras perguntas busca-se definir os conselheiros nas suas características, nos seus aspectos sócio-demográficos e qual a sua representatividade dentro do universo do conselho. Nas demais perguntas, pretende-se colher as impressões, as percepções dos conselheiros, em função de seu papel, de sua representatividade, de suas contribuições, suas necessidades e as suas eventuais capacitações bem como acréscimos no seu desenrolar de atribuições e atividades desenvolvidas.

Os dados coletados, foram resultantes da aplicação do questionário, apresentado aos conselheiros em reunião extraordinária solicitada a presidência do conselho e efetivada no dia 13/12/2011 às 17 horas no local de reunião específico do CMS/BP, oportunidade em que mediante a apresentação e manifestação verbal do autor do trabalho, os mesmos foram distribuídos em número de treze (13), sendo posteriormente devolvidos doze (12), não sendo objeto de nenhum questionamento o motivo da não devolução de um questionário faltante. Os questionários foram respondidos e posteriormente devolvidos em envelope fechado e lacrado à secretária do conselho. Salienta-se ainda que neste dia da apresentação e solicitação de participação, foi também apresentado a todos os conselheiros, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo apresentado a todos as garantias inerentes de seu anonimato, a igual garantia de confidencialidade de suas manifestações e respostas emitidas, tudo isso de acordo com a Resolução nº 196/96 do CNS que regulamenta e define as pesquisas em que estão envolvidos seres humanos, assim como não foi feita a prova de aplicação do questionário, com vistas a testar o conteúdo das perguntas e da possível dúvida com relação a

algum questionamento que pudesse induzir a resposta diferenciada ou com entendimento equivocado. Este último fator (dúvida ou entendimento equivocado), não restou evidenciado nas respostas dadas ao questionário.

Os dados resultantes do questionário, foram coletados no período de 13 de dezembro de 2011 até 17 de dezembro de 2011, assim como também foram analisados dados referentes às atas de funcionamento do conselho referentes ao período dezembro de 2008 até dezembro de 2011, com suas deliberações, suas participações e atividades resultantes no período analisado.

4 A REALIDADE DE BALNEÁRIO PINHAL

4.1 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

O Município de Balneário Pinhal, é um município localizado no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, distante 95 km da capital do Estado, Porto Alegre, possuindo uma população total de 10.856 habitantes (IBGE, 2010), tendo na sua realidade de existência a ocorrência do fenômeno da sazonalidade, chegando em épocas de veraneio (janeiro e fevereiro) a picos de até 60 mil habitantes, decorrentes de festas de ano novo e natal, assim como durante feriados de fevereiro e por ocasião dos eventos festivos de carnaval.

Segundo dados do Programa da Saúde da Família (PSF), o município de Balneário Pinhal tem cadastrado 11.943 habitantes.

O município de Balneário Pinhal, faz limite ao norte com o município de Cidreira, tendo ao Sul a divisa com Palmares do Sul. A divisa a leste é com as águas do Oceano Atlântico e a oeste com o município de Capivari do Sul. Balneário Pinhal, abrange além da área da sede municipal, os Distritos de Magistério e Túnel Verde, possuindo área de 103,76 km quadrados, sendo que do total, 64% pertence a área rural e 11% correspondem a área urbana, e 15 % referente a área de lagoas.

A Altitude média é de 1.8m acima do nível do mar, e tem a RS-040 rodovia estadual para dar acesso a capital do estado e a RS-786 para acesso aos demais municípios limítrofes, e possui uma faixa de praia de 8.2km de extensão. O número de imóveis cadastrados na Prefeitura Municipal é igual a 38.686, sendo que deste número 69.39% correspondem a imóveis territoriais e 30.61% correspondem a imóveis prediais.

O Município de Balneário Pinhal integra o Conselho Regional do Litoral Norte - COREDE LITORAL, e também é parte da Associação dos Municípios do Litoral Norte (AMLINORTE). O Município teve origem histórica desde o Município de Santo Antônio da Patrulha, sendo que em 1965 passou a pertencer ao Município de Tramandaí, e posteriormente em 1988 teve seus destinos transferidos para o município mãe Cidreira. Esta situação persistiu até o dia 22 de outubro de 1995, data da realização do plebiscito que autorizou a criação do novo município, tendo a Lei Estadual nº 10.670 de 28 de Dezembro de 1995 criado oficialmente o Município de Balneário Pinhal.

A economia municipal é voltada ao turismo e aos serviços, tendo na Construção Civil e na extração de madeiras de Pinus e eucalipto as duas maiores fontes de recursos, além da produção de mel nas florestas de eucalipto, fator este que derivou a caracterização da cidade com a tematização mel em todas as suas manifestações de urbanismo, monumentos, caracterizações.

O Município de Balneário Pinhal não possui sistema de esgoto tratado, tendo como característica 100 % o tratamento de seus dejetos feitos através de fossas sépticas individuais, possuindo 5% de drenagens pluviais colocadas nas áreas centrais do município, tendo já em andamento a confecção do seu plano de saneamento ambiental.

O Município tem apresentado segundo o IBGE (2010), a posição de quinto município entre os dez que mais cresceram em níveis populacionais no Rio Grande do Sul, posição esta decorrente de uma corrente migratória da população de aposentados e pessoas que possuem moradia de veraneio, e que gradativamente, tem escolhido ter seu domicílio fixado ano todo no litoral.

4.2 INDICADORES E ÍNDICES MUNICIPAIS

Em uma análise breve, índice e indicador possuem o mesmo significado. Existe uma certa confusão quando se procura o significado de índice e indicador, onde podem vir a ser também tomados como sinônimos (SICHE, 2007).

De acordo com Mitchell (1996) citado por Siche (2007), indicador é uma ferramenta apropriada que nos permite obter informações sobre uma determinada realidade. Segundo Oliveira (2006), indicador é o parâmetro que medirá o diferencial estipulado entre a situação desejada e a situação atual, ou seja, ele indicará um problema. Continuando, elencando algumas características do indicador, ele deve ser: a) representativo; b) razoavelmente fácil de entender; c) deve ter sido testado; d) deve ser econômico na sua aplicação; e) deve estar disponível a tempo; f) deve ser compatível com os métodos de coleta disponíveis.

Por sua vez, índices representam o padrão de medida ou unidade de medida dos indicadores, permitindo uniformidade, estabelecimento de metas e acompanhamento.

Quando nos voltamos para a área da saúde, e quando queremos reconhecer a forma com que determinadas doenças são distribuídas entre a população, ou ainda na mesma direção, quando queremos avaliar o resultado dos programas e intervenções, são os indicadores de saúde que permitem imprimir certeza no diagnóstico e na perspectiva dos quadros de saúde a serem definidos (ANTUNES, 2006).

Em nosso material de apoio durante as etapas iniciais do curso, encontramos diversos momentos de especificação da importância dos índices e indicadores quando tratamos efetivamente de políticas públicas, sejam elas saúde, área social, educação. Os dados e informações deste tipo são, em geral, apresentados na forma e linguagem de gráficos, tabelas, onde são usados e apresentados números expressos em forma percentual, como taxas, índices e indicadores. Os indicadores, taxas, índices são formas de se poder medir, avaliar tendências contextos e realidades. Sua utilização generalizou-se na apresentação como ferramenta suporte para a formulação e implementação das políticas públicas (BRASIL, 2009).

Construir bons indicadores, taxas, índices é uma tarefa direcionada a área da estatística, que vem em muitos momentos associada as áreas de interesse, tais como: sociologia, economia, demografia, geografia, para ficar nestes. O caminho percorrido para a construção de indicadores começa a partir de um fato ou de um evento real, e sobre este fato são levantados e compilados dados brutos (estatísticas) que vão permitir definir o indicador, tendo passo seguinte a geração de análises, conclusões e decisões.

No exemplo de indicadores da área da saúde de uma população, podemos variar de acordo com fatores como quantidades, recursos e resultados. No quesito quantidade, em recursos humanos podemos mencionar número de médicos/por mil habitantes; gastos (em reais) per capita em saúde. No quesito recursos, podemos ter número de consultas médicas para crianças de até um ano de idade, e para que se possa medir resultados, poderemos usar a taxa de mortalidade infantil por causa específica.

Neste estudo, onde a saúde está presente como principal fator e como também o uso de ferramentas e através das atividades de participação, mensuração de aspectos envolventes, devemos ficar com as principais modalidades de indicadores de saúde que são: mortalidade/sobrevivência; morbidade/gravidade/incapacidade; nutrição/crescimento e desenvolvimento; aspectos demográficos; condições socioeconômicas; saúde ambiental; serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para efeito de informação, consulta e apropriação de dados e informações sobre a área da saúde, temos no Ministério da Saúde, o espaço: <www.datasus.gov.br> que dentre tantas informações perfis e análises, apresenta controles tais como: a) estatísticas de mortalidade por causas; b) atendimento no SUS; c) registro de vacinações e outros tantos que podem ser acessados nos cadernos municipais específicos (BRASIL, 2009).

Abaixo alguns índices de Balneário Pinhal:

Tabela 1 - Índices Municipais de Balneário Pinhal

| | |
|--|------------------------------|
| Coefficiente de Mortalidade Infantil | 17,24 por mil nascidos vivos |
| Densidade Demográfica | 104,6 hab/km quadrado |
| Esperança de vida ao nascer | 70,59 anos |
| Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) | 0.792 |
| Índice de Analfabetismo | 5,19%. |

Fonte: IBGE, (2010) e FEE, (2009).

Nesta sequência de apresentação de dados, abaixo a tabela com a distribuição da população da cidade por grupo etário:

Tabela 2 - Distribuição da População por Grupo Etário

| Divisão etária | Homens | Mulheres |
|-------------------------|--------|----------|
| Menos de 1 ano de idade | 52 | 66 |
| 1 a 4 anos | 273 | 308 |
| 5 a 9 anos | 469 | 406 |
| 10 a 14 anos | 530 | 492 |
| 15 a 19 anos | 427 | 418 |
| 20 a 24 anos | 308 | 321 |
| 25 a 29 anos | 316 | 339 |
| 30 a 34 anos | 280 | 318 |
| 35 a 39 anos | 294 | 317 |
| 40 a 44 anos | 334 | 326 |
| 45 a 49 anos | 333 | 385 |
| 50 a 54 anos | 358 | 403 |
| 55 a 59 anos | 372 | 382 |
| 60 a 64 anos | 345 | 393 |
| 65 a 69 anos | 296 | 257 |
| 70 a 74 anos | 186 | 170 |
| 75 a 79 anos | 105 | 115 |
| 80 a 84 anos | 48 | 54 |
| 85 a 89 anos | 15 | 30 |
| 90 a 94 anos | 2 | 8 |
| 95 a 99 anos | 0 | 2 |
| 100 anos ou mais | 1 | 2 |
| Total | 5.344 | 5.512 |

Fonte: IBGE, (2010).

Com relação aos índices e aos indicadores Municipais do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) está disponibilizado os resultados e índices mensurados e constantes dos relatórios, levando por base o ano de 2010, informando que o município de Balneário Pinhal apresenta os seguintes números:

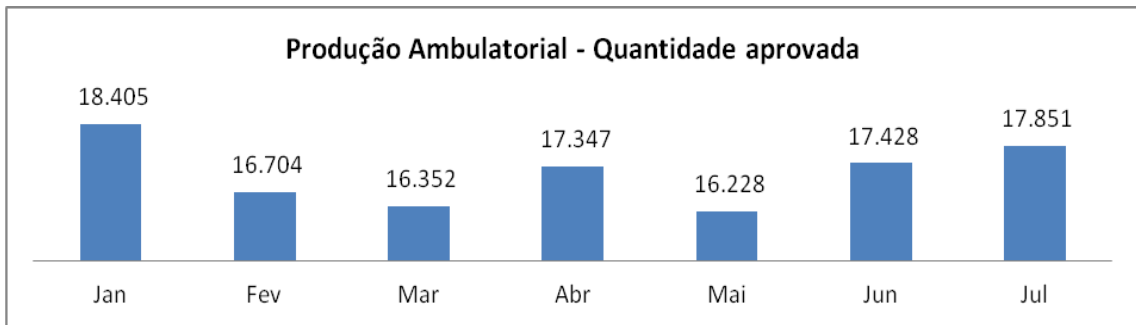
Tabela 3 - Informações sobre o Orçamento Público de Saúde (SIOPS)

| | |
|---|-------------|
| Participação da receita de Impostos na Receita total do Município | 21.43%; |
| Participação das Transferências Intergovernamentais na Receita Total do Município | 55.26 % |
| Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de Recursos Transferidos para o Município | 16.16%; |
| Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para a Saúde do Município | 42.47%; |
| Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município | 13.91%; |
| Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município | 49.26%; |
| Despesa Total com Saúde, sob a responsabilidade do Município/por habitante | R\$ 476.71; |
| Participação da Despesa com Pessoal na Despesa Total com Saúde | 56.44%; |
| Participação da Despesa com Medicamentos na Despesa Total com Saúde: | 4.20%; |
| Participação da Despesa com Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica na Despesa Total com Saúde: | 6.17%; |
| Participação da Despesa com Investimentos na Despesa Total com Saúde: | 6.12%; |
| Participação das Transferências para a Saúde em Relação a Despesa Total do Município com Saúde | 48.34%; |
| Participação da Receita Própria Aplicada em Saúde conforme a Emenda Complementar 29/2000 | 17.88% |

Fonte: BRASIL, (2011).

Exemplificando com números absolutos, sobre a quantidade dos procedimentos ambulatoriais em Balneário Pinhal, o que se tem definido e aprovado no ano de 2009 no período de Janeiro a Julho, e informado para a 18ª Região de Saúde no boletim de produção e posteriormente pago, estando estes dados presentes nos relatórios de produção:

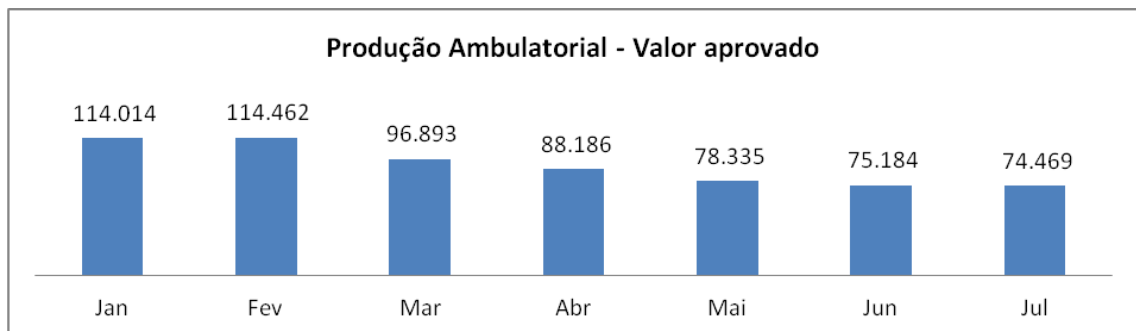
Figura 1 - Produção Ambulatorial - Quantidade aprovada em 2009



Fonte: DATASUS, (2009).

Da mesma forma insere-se a produção ambulatorial - Valor aprovado do período de Janeiro a Julho de 2009, após a quantificação individual dos procedimentos e conferência dos dados informados para a 18ª Região de Saúde e inseridos nas informações oficiais do município no sistema do DATASUS.

Figura 2 - Produção Ambulatorial – Valor aprovado em 2009



Fonte: DATASUS, (2009).

4.3 POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL

O Município de Balneário Pinhal, com apenas 16 anos de emancipação político-administrativa, ciente de suas necessidades, de seus avanços e de suas demandas, ainda não teve seu Plano de Saúde Municipal aprovado e homologado pelo CMS/BP, muito embora esta discussão já aconteça desde o início de 2009, quando da reformulação do Conselho de Saúde e de todas as discussões que através desta participação restou deflagrada.

A existência de um pré-projeto em discussão tem suscitado debates e muitas considerações, tanto pela falta do documento escrito e reflexivo das necessidades e também pela exigência e definição das atribuições e da linha a ser seguida na busca da qualidade e atenção ao usuário da saúde e todas as suas implicações.

O pré-projeto que está sendo formatado e discutido em nossa cidade, está pautado dentro das seguintes linhas abaixo transcritas na integralidade, com formulação a cargo do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde e com discussões estabelecidas já no âmbito da comunidade, atores interessados, a fim de poder ser apresentado e discutido na esfera do CMS/BP.

O Plano de Saúde Municipal, legitimado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), vem a ser o documento que descreve a proposta política de saúde que será implementada de forma oficial pelo governo do Município em um período de tempo determinado, tratando tanto do sistema no âmbito do município, como a sua relação dentro do SUS, na interrelação com os demais níveis do sistema (microrregional, regional e estadual). O Plano de Saúde Municipal é o instrumento norteador das ações e serviços de saúde.

Como objetivo geral, o Plano de saúde trabalha com três grandes eixos que visam as seguintes situações de atendimento e contemplação:

1. Garantir o acesso, a resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, otimizando, readequando e ampliando a sua oferta, integrando recursos na busca da prevenção, tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável;
2. Prevenir e controlar danos, perigos, agravos à saúde coletiva, através do monitoramento dos fatores de riscos, oriundos da produção e consumo de bens e serviços do meio ambiente (água, ar, solo e desastres naturais), das zoonoses e da transmissão de doenças que sejam alvo do controle da vigilância a saúde;
3. Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito da saúde, de forma a potencializar o conjunto de recursos disponíveis na prestação de serviços, otimizando e ampliando a estrutura física e tecnológica para a qualificação da atenção, atuando de forma integrada e participativa com órgãos afins e organismos de controle social.

Adotando como meta os objetivos específicos a serem perseguidos, o Plano de Saúde deve ter uma atenção especial com os seguintes temas e enfoques: a) Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral, tendo como eixo estruturante a estratégia de Saúde da Família, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde; b) Facilitar acesso à oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios

de necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade técnico científica; c) Reorganizar a atenção especializada, a partir da redefinição do perfil assistencial da rede de serviços de apoio à atenção básica, visando garantir a integralidade da assistência; d) Garantir a adoção de linhas de cuidado na atenção integral à saúde bucal e mental, à pessoa com deficiência, à saúde do trabalhador e às pessoas submetidas às situações de violência; e) Implementar a rede de atenção às urgências e emergências, propiciando o acolhimento adequado, com triagem classificatória de risco e a humanização do atendimento; f) Garantir ao usuário do SUS o acesso ao medicamento seguro e eficaz, otimizando todo o processo de disponibilização de insumos farmacêuticos; g) Controlar riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços, meio ambiente, inclusive os ambientes de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida da população; h) Reduzir as taxas de mortalidade por doenças e fatores de risco relacionados ao meio ambiente, diminuindo danos à saúde individual e coletiva; i) Identificar e monitorar fatores de riscos não biológicos, relacionados a contaminantes ambientais e qualidade da água para consumo humano, ar, solo e desastres naturais, de forma a minimizar os riscos de doenças decorrentes da exposição dos mesmos; j) Reduzir a mortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, considerando as diversidades locais e regionais; k) Realizar ações voltadas à promoção, prevenção e o controle das zoonoses urbanas e outros agravos correlacionados, além de promover a defesa e o bem-estar animal; l) Implementar uma política de valorização dos trabalhadores em saúde, tomando como eixo orientador a humanização e qualificação no trabalho, fortalecendo e aperfeiçoando a gestão do SUS; m) Garantir a capacitação permanente da força de trabalho da saúde, aprimorando a qualificação da assistência às pessoas; n) Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão municipal e aprimorando os processos de negociação e pactuação, atendendo às necessidades e demandas locais; o) Fomentar o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando a promoção à saúde através da informação, educação e comunicação, fortalecendo o processo participativo e co-responsável; p) Monitorar, avaliar e controlar o desenvolvimento da Política Municipal de Saúde, através de metodologias que favoreçam o redimensionamento do processo de trabalho; q) Institucionalizar uma política de economia na saúde, com a perspectiva de financiamento eficiente do sistema, controlando custos, propiciando a discussão compartilhada de orçamento e investimento, redimensionando a prática de gestão (PREFEITURA MUNICIPAL DO BALNEÁRIO PINHAL, 2009).

4.4 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE BALNEÁRIO PINHAL

Atualmente, Balneário Pinhal encontra-se na Gestão Plena da Atenção Básica. Disponibiliza a seguinte estrutura: 3 Unidades de Saúde do tipo PSF, 1 Serviço de Pronto Atendimento 24 horas (com duas ambulâncias de suporte básico), 1 Coordenação de Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Nutricional, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental), Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU (192), com uma Ambulância de Suporte Básico (resgate) e uma Ambulância de Suporte Avançado (UTI).

Com relação aos programas de Agentes Comunitários da Saúde e Programa Saúde da Família, o município tem implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 100 % da população, distribuída em três unidades de saúde, e com a colaboração de um contingente de 22 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Há no município uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com uma ambulância de suporte básico (resgate) e uma de suporte avançado (UTI). Atuam, na forma de plantão, profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e motoristas/socorristas (habilitados em atendimento pré-hospitalar e suporte básico de vida). Esta base cobre uma área além do município, abrangendo também os municípios vizinhos, tais como Palmares do Sul, Capivari do Sul e Cidreira.

Além disso, temos parcerias com os serviços de apoio terceirizados, como laboratórios de análises clínicas, serviços de radiodiagnóstico (ecografia, tomografia, mamografia, ressonância, etc.), serviço de hemodiálise, endoscopia, serviço de fisioterapia, especialidades, entre outros.

O município de Balneário Pinhal tem implantado na sua rede de assistência a Terapia Comunitária (TC), sendo que esta ação é feita de forma integrada com as demais terapêuticas, sejam as complementares ou clássicas – alopáticas. A Terapia Comunitária objetiva construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados, bem como o saber produzido pela experiência de vida.

Na constituição da Rede de Apoio Social os usuários dispõem do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), onde contam com o atendimento de profissionais Assistentes Sociais.

Outro programa de relevante interesse para a população é o Primeira Infância Melhor – PIM, que ocorre em sinergia com as atividades das Unidades de Saúde da Família. O PIM é um programa do governo do Estado do Rio Grande do Sul, que tem por finalidade a promoção e desenvolvimento da primeira infância, nas dimensões física, psicológica, intelectual e social; desde a gestação até os 6 anos de idade.

A Farmácia Municipal está estruturada no posto 24 horas, com Farmacêutica Responsável e agente administrativo. Atende a população quanto ao fornecimento de medicações, tanto da lista da atenção básica quanto das medicações fornecidas pelo estado, uma vez que cabe ao farmacêutico controlar a sua distribuição.

A central de marcação de exames e consultas especializadas é o setor da secretaria de saúde responsável por realizar a marcação de exames e consultas especializadas, no município e fora dele, de demandas originadas na rede de saúde municipal. Também é atribuído a este setor proceder ao gerenciamento do transporte dos pacientes no microônibus da secretaria de saúde (que ocorre durante a semana) responsável pelo transporte de pacientes para consultas e exames eletivos, atendendo na sua maioria a demanda da central de marcação de consultas. Para tanto dispõe de um microônibus, ano 2009, com lugar para 32 pessoas e de três carros menores. Casos de urgência são transferidos com a ambulância do posto 24 horas.

Como exemplo, insere-se o quantitativo de exames e Atendimentos Especializados, realizados no Município no primeiro e segundo semestre de 2008, oportunidade em que após levantamento pormenorizado sobre todo o tipo de exames, foi possível visualizar em pesquisa a totalidade de dados com vistas a embasar projeto de busca de recursos para a instalação de uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) no município.

Tabela 4 - Quantitativo de Exames e Atendimentos Especializados - 2008

| | 1º Sem. | 2º Sem. | Total 2008 |
|---------------------------|---------|---------|------------|
| Audiometria | 6 | 7 | 13 |
| Cadeira de rodas | 3 | 0 | 3 |
| Cardiologia | 190 | 212 | 402 |
| Cineangiocoronariografia | 2 | 9 | 11 |
| Cir. Bucomaxilofacial | 5 | 7 | 12 |
| Cirurgia Geral | 61 | 69 | 130 |
| Cirurgia Plástica | 0 | 8 | 8 |
| Cirurgia Vascular | 70 | 39 | 109 |
| Clínica Geral | 0 | 9 | 9 |
| Colonoscopia | 12 | 5 | 17 |
| Densitometria Óssea | 14 | 4 | 18 |
| Dermatologia | 112 | 107 | 219 |
| Ecocardiografia | 5 | 3 | 8 |
| Ecografias | 244 | 374 | 618 |
| Eletroencefalografia | 24 | 45 | 69 |
| Endocrinologia | 33 | 28 | 61 |
| Endoscopia | 12 | 13 | 25 |
| Endoscopia Digestiva Alta | 0 | 5 | 5 |
| Espirometria | 2 | 10 | 12 |
| Gastroenterologia | 71 | 75 | 146 |
| Geriatría | 3 | 6 | 9 |
| Ginecologia | 0 | 12 | 12 |
| Ginecologia Patológica | 46 | 70 | 116 |
| Hematologia | 3 | 1 | 4 |
| Infectologia | 3 | 5 | 8 |
| Laqueadura tubária | 26 | 3 | 29 |
| Mamografia | 105 | 201 | 306 |
| Medicina Interna | 0 | 2 | 2 |
| Nefrologia | 9 | 15 | 24 |
| Neurocirurgia | 0 | 5 | 5 |
| Neurologia | 151 | 167 | 318 |
| Oftalmologia | 125 | 196 | 321 |
| Oncologia | 14 | 8 | 22 |
| Ortopedia/Traumatologia | 6 | 32 | 38 |
| Otorrinolaringologia | 104 | 137 | 241 |
| Pediatria | 24 | 29 | 53 |
| Planejamento Familiar | 0 | 15 | 15 |

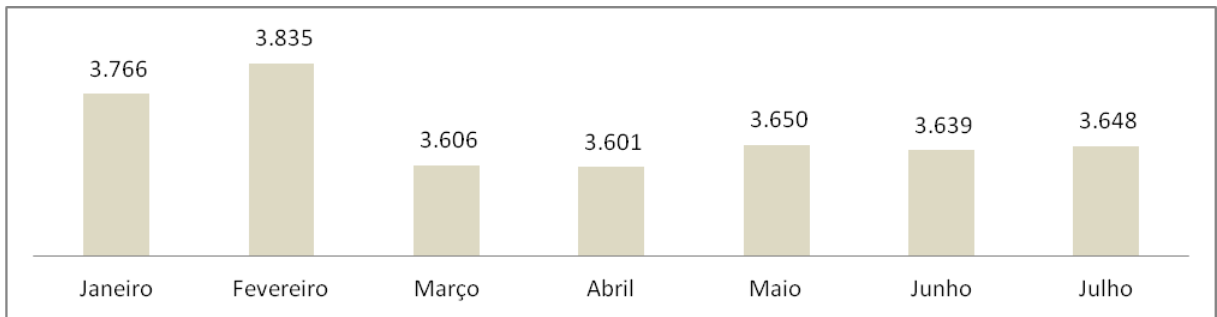
| Cont... | 1º Sem. | 2º Sem. | Total 2008 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pneumologia | 39 | 27 | 66 |
| Pre-natal Alto Risco | 0 | 3 | 3 |
| Pre-natal | 158 | 187 | 345 |
| Proctologia | 14 | 16 | 30 |
| Prótese ortopédica | 3 | 7 | 10 |
| Radiologia/Raios X | 391 | 616 | 1007 |
| Ressonância Magnética | 2 | 7 | 9 |
| Reumatologia | 31 | 26 | 57 |
| Teste ergométrico | 8 | 17 | 25 |
| Tomografia computadorizada | 36 | 40 | 76 |
| Urologia | 86 | 106 | 192 |
| Vasectomia | 20 | 16 | 36 |
| TOTAL | 2273 | 3001 | 5274 |

Fonte: Prefeitura Municipal de Balneário Pinhal, (2008).

Dentro do Sistema de Atenção Básica, caracterizado como Estratégia de Saúde da Família, o Programa Saúde da Família (PSF), é a principal estratégia de organização da atenção básica no país, caracterizando-se por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas à promoção da saúde e a prevenção de agravos. O PSF fortalece as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. As suas práticas substituem praticas convencionais de assistência, por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade, devendo estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral.

O Município de Balneário Pinhal conta atualmente com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atingindo 100% de cobertura populacional, distribuídos por bairro da seguinte forma: a) ESF Sede: 5100 pessoas cadastradas, das localidades do Centro, Sindipolo, Pontal das Figueiras, Pinhal Sul, Parque Sete; b) ESF Magistério: 4850 pessoas cadastradas, da localidade do Distrito de Magistério; c) ESF Túnel Verde: 2100 pessoas cadastradas, da localidade do Distrito de Túnel Verde. Deste total de pessoas cadastradas cada família deve receber uma visita do seu agente comunitário de saúde durante o mês. O acompanhamento do restante da equipe é variável, podendo ser estabelecido em função da necessidade do paciente.

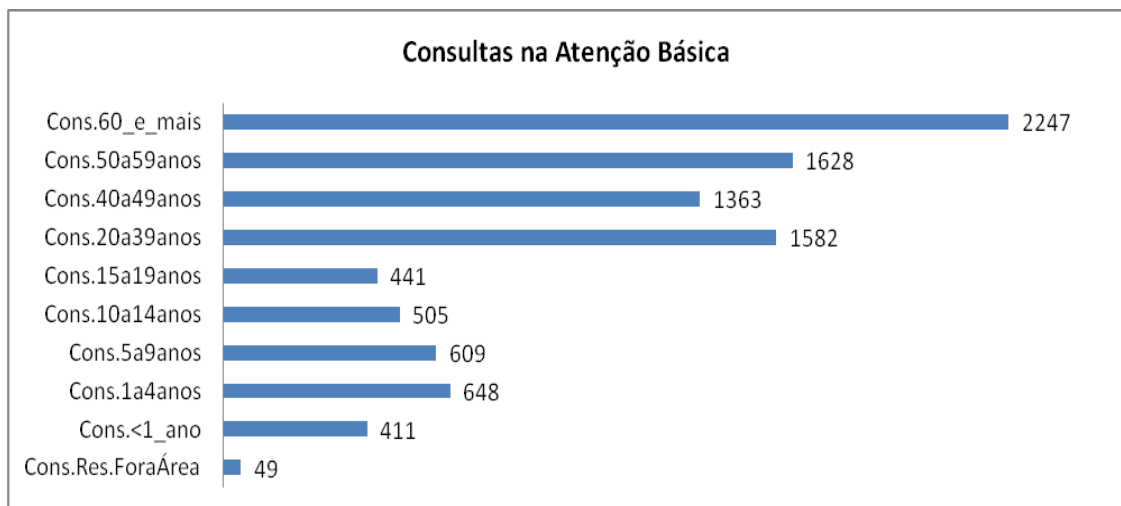
Figura 3 - Número de Famílias acompanhadas na Atenção Básica – 2009



Fonte: DATASUS, (2009).

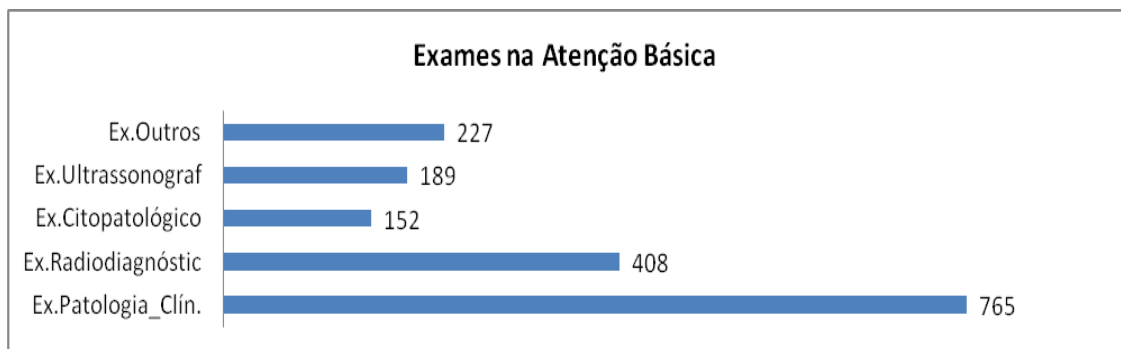
Continuando, temos quantificado o número de consultas e exames na atenção básica, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, sendo representados nas figuras de número 4 e 5 conforme segue:

Figura 4 - Consultas na Atenção Básica Janeiro a Julho 2009



Fonte: DATASUS, (2009).

Figura 5 - Exames na Atenção Básica Janeiro a Julho 2009



Fonte: DATASUS, (2009).

Seguindo na direção de detalhar com formas e dados o atendimento em Balneário Pinhal, temos em funcionamento 24 horas por dia o Posto de Saúde *Sueli Santos de Souza*, unidade de pronto atendimento em urgência, com médico clínico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, além de contar com atendimento de ginecologista uma vez por semana, com agendamento feito pela central de marcação de consultas, assim como profissional Fisioterapeuta, que desenvolve atendimento em duas salas de atendimento equipadas com as necessidades desta natureza de demanda profissional. O Posto, conta ainda com profissionais de recepção, higienização, administrativo e transporte, atuando diariamente e de forma continuada. Na modalidade eletiva, é também realizado o exame diagnóstico eletrocardiograma ECG, de pacientes atendidos na unidade. É ainda estruturado em recepção, sala de urgência, sala de curativo, sala de nebulização, sala de medicações, sala de triagem, quatro leitos de observação, sendo dois masculinos e dois femininos. Dispõe ainda de lavanderia, central de material e esterilização, depósitos de material e insumos, depósito estanque de resíduos de serviços de saúde, sala de guarda mortuária e garagem.

Tabela 5 - Número de atendimentos prestados pelo Posto 24 horas - 2008, data em que foi feito um levantamento pormenorizado para efeito de embasar o projeto que solicitava a instalação de uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) no município

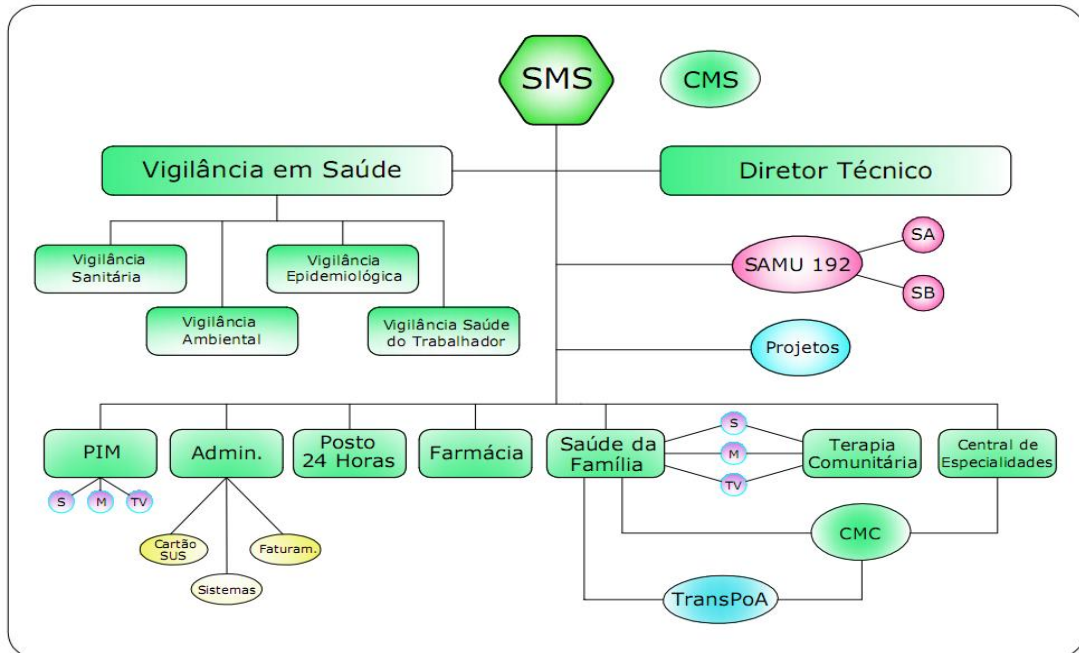
| Procedimentos | Consultas de Urgência e Emergência | Observações |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Janeiro | 2.592 | 454 |
| Fevereiro | 1.704 | 383 |
| Março | 1.886 | 289 |
| Abril | 1.749 | 248 |
| Maiο | 1.734 | 230 |
| Junho | 2.213 | 289 |
| Julho | 1.860 | 180 |
| Agosto | 1.679 | 202 |
| Setembro | 1.662 | 206 |
| Outubro | 2.019 | 222 |
| Novembro | 2.203 | 240 |
| Dezembro | 3.594 | 378 |
| Total de Pacientes Atendidos | 24.895 | 3.321 |

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Balneário Pinhal, (2008).

Além da apresentação dos dados acima mencionados, explicita-se também o organograma de funcionamento da Secretaria Municipal da Saúde de Balneário Pinhal, com a

sua forma de organização e disposição hierárquica, desde o secretário, até a função mais operacional do sistema, que é a instância de transporte de pacientes.

Figura 6 - Organograma da Organização da SMS



Fonte: Prefeitura Municipal de Balneário Pinhal, (2008).

4.5 CONSELHO MUNICIPAL DE BALNEÁRIO PINHAL

Abordaremos a organização do Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal – CMS/BP, apresentando os detalhes de sua representatividade, organização, e nas suas formas próprias de participação no processo de construção das políticas públicas de saúde de Balneário Pinhal.

O Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, CMS/BP foi criado no ano de 1997, oito meses após o município ter se estabelecido de forma organizada e ter a sua existência político-administrativa iniciada em 01 de janeiro de 1997, coincidindo e tendo origem e idades assemelhadas. A Lei que criou o Conselho de Saúde foi a de nº 077/97 de agosto de 1997, e estabelecia neste texto a existência de 14 membros, sendo de forma paritária entre representantes do governo municipal (07) e de usuários também em número de (07). Em ato subsequente, em lei separada, foi criado o Fundo Municipal de Saúde, com nº 078/97 de 22 de agosto de 1997.

O CMS/BP, quando da criação tinha em seu artigo primeiro a definição de ser um órgão colegiado, com caráter deliberativo e fiscalizador, tendo por finalidade orientar a administração municipal no estabelecimento das políticas municipais de saúde.

Na seqüência temporal da existência e das legislações que foram criadas com relação ao CMS/BP, foi aprovada a Lei nº 216/99 de 19 de outubro de 1999, que em seu existir, alterou o § 1º da Lei municipal 077/97 de 25 de agosto de 1997, limitando o número de participantes do conselho (reforçou o número de 14 participantes), fato este que definiu no novo texto legal às entidades e suas representações sendo nominadas no texto legal da época.

A partir de então, uma nova modificação foi encaminhada para a Câmara de Vereadores e transformada em lei, sendo apresentada como a Lei Municipal nº 73/2008 de 09 de janeiro de 2008, onde dá nova redação a Lei Municipal nº 077/97 que criava o Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal e no seu texto aumentava o número de conselheiros participantes, e iniciando o processo de inclusão da representação sendo dividida conforme o § 2º do artigo 2º, onde o conselho formado por 16 conselheiros tinha representação de 4 representantes dos trabalhadores de saúde, 4 representantes do governo municipal e prestadores de serviços e 8 representantes dos usuários, além de ter também no seu texto no artigo 4º inciso I, recebido a nova missão de planejar, deliberar, fiscalizar a alocação de recursos aplicados no setor de saúde, em nível municipal.

Ainda por força da articulação e participação dos conselheiros, onze meses após a aprovação da Lei nº 73/2008 de 09 de janeiro de 2008, foi aprovada a nova Lei nº 808/2008 de 09 de dezembro de 2008 que veio adequar os preceitos da resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, até então não incorporada em seus princípios e proposições com relação a composição correta percentualmente e delimitando também de forma diferente e adequando o texto legal as características gerais delimitadas pela Lei nº 8.142/1990 que ainda não havia acontecido a adequação mesmo que tardiamente.

Foram objetos desta mudança, o artigo 1º da Lei nº 808/2008 que passou a ter a seguinte redação:

Fica criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS) órgão colegiado, com caráter deliberativo e fiscalizador, formado por representantes do governo, de prestadores de serviço, de trabalhadores de saúde e de usuários, que tem por finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde da gestão municipal, inclusive nos aspectos econômico e financeiro, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder executivo legalmente constituído.

Foi ainda decorrente deste novo texto legal, mudado o número de componentes do conselho, que passou a ter 20 conselheiros, divididos na proporcionalidade de 50% de entidades de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo municipal. Nesta mesma lei, no seu § 2º do artigo 2º ficou registrado a gratuidade da prestação de serviço e a relevância pública da atividade de conselheiro.

Igualmente, os critérios de representatividade, abrangência e complementariedade do conjunto de forças sociais na composição foram destacados, assim como a indicação dos órgãos que terão representantes e a forma de homologação por parte do prefeito dos indicados.

Ilustrando esta nova lei do CMS, importante também salientar a Portaria de nomeação nº 395/2009 de 01 de junho de 2009 que já retrata a composição e período compreendido no lapso temporal que este trabalho está abrangendo.

Por derradeiro no rol de mudanças nesta versão última da lei, ficou ainda registrado no seu artigo 6º, a obrigatoriedade do poder executivo municipal em garantir apoio administrativo, operacional econômico-financeiro, recursos humanos e materiais necessários ao bom funcionamento do conselho.

O Conselho Municipal de Balneário Pinhal na atualidade de acordo com a Portaria nº 826/2011 de 01 de novembro de 2011 tem em atividade 9 representantes da sociedade civil, 3 representantes dos gestores, 3 representantes dos trabalhadores da saúde e 2 representantes dos prestadores de saúde, totalizando 17 participantes dos 20 possíveis de acordo com o texto legal vigente, com o seu respectivo suplente também definido em portaria.

A representação dos conselheiros se dá na proporção especificada no texto da Lei Municipal nº 808/2008, e está em consonância com o que preceitua a Lei Federal nº 8142/90, e também com as deliberações contidas na Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

O funcionamento do CMS/BP está regrado através do Regimento Interno, aprovado em 23 de Março de 2009 conforme dispõe a ata nº 08/2009 e está no curso do mandato que iniciou-se no dia 20/05/2011 e encerra-se em 20/05/2013 com duração de 2 (dois) anos.

O CMS/BP tem como objetivo a melhoria da saúde da população, sendo que para poder se desincumbir desta tarefa, terá que: a) Definir prioridades de saúde, observadas as normas da Lei Orgânica Municipal e as deliberações das Conferências Municipais da Saúde; b) Estabelecer e aprovar as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, do Plano Plurianual de Saúde e do Orçamento; c) Formular estratégias, controlar e

avaliar a execução da política de saúde; d) Propor critérios para a programação e as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação de recursos, apreciar e deliberar o Plano de Aplicação dos mesmos; e) Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas do SUS no município; f) Definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde, no que tange a prestação de serviços de saúde conforme a Lei Orgânica da Saúde; g) Apreciar previamente os contratos e convênios apresentados; h) Definir critérios de qualidade e quantidade para o funcionamento dos serviços de saúde pública e privada no âmbito do SUS; i) Estabelecer e aprovar diretrizes quanto a localização e o tipo de unidade prestadora de serviços de saúde estatais e privados no âmbito do SUS; j) Promover, incentivar e participar da realização de estudos, investigações e pesquisas na área da saúde; k) Controlar e fiscalizar as condições no ambiente de trabalho e seu impacto na saúde do trabalhador e da população; l) Exercer outras atribuições que lhe forem delegadas (PREFEITURA MUNICIPAL DO BALNEÁRIO PINHAL, 2009).

Tem o CMS/BP, através de suas quinze (15) competências, nas quais destacamos três que resumem a importância e relevância: a) Elaborar o seu Regimento Interno; b) Programar, acompanhar e avaliar o orçamento unificado do município; c) Avaliar e homologar as prestações de contas mensais do FMS (PREFEITURA MUNICIPAL DO BALNEÁRIO PINHAL, 2009).

O Conselho Municipal de Balneário Pinhal se reúne nas segundas quintas-feiras de cada mês às 17 horas, na sala de reuniões da sede do Programa de Saúde da Família (PSF) no centro do município de Balneário Pinhal, tem como telefone de contato (51)99794806 (da sua secretária), recebendo correspondências oficiais no endereço: Avenida Itália, nº 3100, sala 6 na Secretaria Municipal da Saúde de Balneário Pinhal - CEP 95599-000 Bairro Centro - Balneário Pinhal/RS e tem como endereço eletrônico: <cmspinhal@yahoo.com.br>.

O CMS/BP além de seus conselheiros definidos em Portaria Municipal, apresenta um Núcleo de Coordenação (mesa diretora), formada pelo Presidente do Conselho, pelo Vice-Presidente, pela Secretária e por um Coordenador Geral, sendo que a estrutura formal apresentada no regimento interno no seu artigo 9º prevê a existência do: a) Plenário e b) Núcleo de Coordenação.

As reuniões são abertas, e todos os participantes têm direito a voz, sendo que somente os membros titulares ou suplentes em representação têm direito a voto. As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo núcleo de coordenação, ou por 50% dos conselheiros,

com quatro dias de antecedência para a realização da reunião, e ressalta-se ainda que o desempenho das funções de conselheiro municipal da saúde é de natureza gratuita e seu desempenho considerado como de relevância pública.

Seguindo ainda na nomeação das situações previstas e que fazem a normativa do CMS/BP, através de seu Regimento Interno, que as situações que envolvem voto e decisões no âmbito do conselho, são resolvidas através do voto direto, com maioria simples, não sendo previstos votos por procuração.

Atendendo ao que estabelece os incisos I, II, III do artigo 2º da Lei 808 de 09 de Dezembro de 2008, o CMS/BP tem como representantes da sociedade civil as seguintes entidades representativas: a) Associação de Amigos e Veranistas de Pinhal Sul e Pinhal Nobre (ASPESUL); b) Associação dos Funcionários Municipais de Balneário Pinhal (AFMBP); c) Associação Rádio Amigos de Balneário Pinhal (ARABP); d) Associação Comunitária do Novo Assentamento Popular (ACONAP); e) Associação das Mulheres Pinhalense Viva Maria (AMPVM); f) Conselho Comunitário de Balneário Pinhal (CCBP); g) Conselho de Segurança Pública de Balneário Pinhal (CONSEPRO); h) Grupo Laços de Amizade; i) Sindicato dos Servidores e Empregados Municipais de Balneário Pinhal (SISEMBP).

Os representantes dos gestores estão no Conselho da Saúde na seguinte denominação: Secretaria Municipal de Balneário Pinhal; com três representantes.

No segmento de trabalhadores na área da saúde temos as seguintes representações: a) Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO); b) Conselho Regional de Enfermagem (COREN); c) Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Finalizando, no segmento dos prestadores de serviços temos as seguintes representações: Laboratório Fontana e Farmácia de Manipulação Mel Fórmula;

Para a definição das entidades representativas da sociedade, o conselho em suas deliberações define o que precisa ser apresentado pelas entidades que pleiteiam a representação, a fim de normatizar as eventuais presenças no processo, sem condições ou sem requisitos básicos solicitados de prova de existência e funcionamento. Com relação aos prestadores de serviço e entidades de classe, é solicitado através de ofício a denominação do profissional que será definido como seu representante.

4.6 A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE BALNEÁRIO PINHAL

Quando se quer de forma explícita definir em que momento acontece a efetiva participação dos conselheiros municipais de saúde de Balneário Pinhal, temos que nos reportar a dois momentos distintos:

1) Na oportunidade da realização da Conferência Municipal da Saúde: Nestes momentos o Conselho Municipal exerce o poder de fazer o chamamento as instâncias municipais participantes, para a comunidade e para os órgãos estaduais, e eventualmente nacionais que queiram poder participar das discussões e deliberações relacionadas à política municipal da saúde da cidade.

Por ocasião da realização da I Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, convocada através do Decreto nº 21/2007 de 27 de julho de 2007, foram desenvolvidos os seguintes eixos temáticos: a) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI; b) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida; c) Participação da Sociedade na Efetivação no Direito Humano à Saúde.

Em 2011, houve a realização da II Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, convocada através do Decreto nº 10/2011 de 10 de maio de 2011, onde os eixos temáticos foram: a) Saúde Mental e Políticas de Estado - Pactuar caminhos intersetoriais – (Eixo da Política e da Pactuação); b) Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais – (Eixo do Cuidado); c) Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Institucional – (Eixo da Institucionalidade).

Os relatórios representativos das deliberações das duas Conferências Municipais de Saúde de Balneário Pinhal, estão presentes no anexo (D) , sendo que apresentam respectivamente como principais situações o que se segue: a) I Conferência Municipal de Saúde, teve seu público participante dividido em três (3) grupos de trabalho, sendo que para efeito exemplificativo duas propostas de cada grupo serão relacionadas a saber: grupo 1) defendeu a necessidade da contratação de um medico pediatra e um cardiologista; a extensão das reuniões do conselho municipal de saúde nos distritos da cidade; grupo 2) defendeu uma melhor capacitação dos profissionais da saúde; capacitação para os conselheiros de saúde e gestores municipais; grupo 3) maior controle do CMS sobre os repasses de verbas para a saúde, com planilhas de gastos com 15 dias de antecedência para conferencia dos conselheiros; receber cópia dos da lista básica dos medicamentos, encaminhada ao CMS, com os totais dispensados aos usuários.

Para efeito de conhecimento, anexo (C), o Regimento Interno da I Conferência Municipal da Saúde de Balneário Pinhal, para exemplificar o funcionamento e o ordenamento da I Conferência Municipal.

b) A II Conferência Municipal de Saúde, através dos seus três eixos apresentaram 46 (quarenta e seis) propostas nos dois dias de sua realização, sendo que enumero aqui duas propostas exemplificativas de cada eixo, para compor o estudo, iniciando pelo Eixo Acesso e Acolhimento: a) ampliar a cobertura da atenção primária (mais postos de saúde) e rede especializada, através de serviços prioritariamente públicos (instalar a quarta equipe do PSF); b) instalar redes de serviços substitutivos em saúde mental, dependência química (álcool e outras drogas). No Eixo da Gestão, Financiamento e Relação Público e Privado: a) Instituir mecanismos para fiscalizar o cumprimento das metas de prestadores de serviços; b) criar a lei de Responsabilidade Sanitária. E por último no Eixo, Participação da Comunidade no Controle Social: a) respeitar e garantir as ações e deliberações dos conselhos de saúde; b) defesa intransigente do Controle Social do SUS.

2) Nas atividades plenárias do Conselho Municipal: Este é o verdadeiro local onde o conselheiro desenvolve todas as suas atribuições e tem o momento e a legitimidade necessária para definir, propor, solicitar, conferir, exercer com plenitude todas as situações referentes ao andamento e ao efetivo controle das ações e aplicações na área da saúde, com referência a aplicação de recursos e prestação de serviços.

Ao realizar a leitura das atas do CMSBP desde 2008 até dezembro de 2011, nos deparamos com a totalidade das atividades dos conselheiros ali alicerçadas, e explicitada a forma de manifestação, assim como o rol de assuntos que são pertinentes e aqueles que se apresentam no cotidiano para serem analisados e sobre os mesmos deliberados. Presença permanente neste exame é a deliberação sobre o resultado da análise dos relatórios de gestão realizados a cada trimestre, perfazendo quatro em cada ano.

Decorrente desta atuação dos conselheiros de saúde, relacionamos no período acima, 57 (cinquenta e sete) atas, sendo elas distribuídas em 29 (vinte e nove) com características de ordinárias as reuniões e 28 (vinte e oito) extraordinárias.

Outro ponto sobre o qual recai a deliberação do conselho de forma uniforme e a cada trimestre, é sobre o relatório do Sistema de Informações sobre o Orçamento Público de Saúde (SIOPS), que mostram as despesas e gastos com saúde, assim como os percentuais per capita de uso de recursos. De forma eventual, são objeto de análise do CMSBP, os Planos

Operativos, quando de ocorrências eventuais de defesa civil sob condições de emergência e/ou calamidade pública. Na continuidade da análise dos dados constantes das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMSBP, aflora a referência específica da análise minuciosa que já é praxe na existência do conselho, do exame individualizado e não por amostragem dos empenhos realizados pela secretaria de finanças municipal, que são trimestralmente crivados por todos os conselheiros que fazem parte da comissão de fiscalização e extensiva a todos os conselheiros presentes.

Os conselheiros municipais adotam a prática do recesso nos meses de Janeiro e Fevereiro, tendo o reinício das atividades na primeira quinta feira do mês de Março de cada ano. Além destas atividades rotineiras, os conselheiros são chamados a todo momento a investigarem denúncias, fatos descritos, nos quais se debruçam em grupo ou em comissão representativa para conhecerem e através de seus mecanismo oficial de funcionamento desenvolverem medidas saneadoras, corretivas ou até se o caso exigir, de encaminhamento de denúncia as instâncias do Ministério Público Estadual ou Ministério Público Federal.

Ao discorrer sobre atividades e iniciativas do plenário do CMSBP, encontramos as visitas eventuais e as inspeções localizadas que os conselheiros fazem nos locais de atendimento e nas unidades básicas de saúde do município. Dentro das suas formulações e participações, o CMSBP, oportuniza dentro da análise das prioridades municipais, também manifestações e pautas de interesse, quando das épocas devidas de realização do Processo de Consulta Popular nos municípios do Rio Grande do Sul, oportunidade em que o Conselho procura ter uma ação presente no sentido de indicar e se posicionar com vistas ao aporte de recursos a serem disputados e submetidos à votação de nossos munícipes. Detalhes como cuidados com a vigilância sanitária, vetores e zoonozes, nos momentos de cuidados com as infestações e surtos (os mais diversos), também é objeto dos cuidados e das apreciações e demandas dos conselheiros de saúde. Outro fator que é objeto da manifestação do CMSBP, em momentos diversos, é o sempre questionamento da qualidade do abastecimento de água tratada na cidade, que esta a cargo da Companhia Riograndense de Água e Saneamento (CORSAN), estando o conselho atento a todas as demandas que desta área decorrem.

Nesta direção, e com este perfil participativo, é que estabelece-se o montante total das características e as intervenções que o CMS/BP proporciona, sob todos os assuntos referentes as áreas da saúde de interesse coletivo, agindo com seus meios e seus mecanismos, frente as necessidades detectadas ou trazidas para o contexto de análise do conselho. Procurando estar sempre atento aos chamamentos e as suas reais e efetivas atribuições, relaciona-se abaixo

algumas situações onde a totalidade dos conselheiros da saúde municipal devem estar vigilantes: a) ser sabedor se em todos os bairros de seu município o serviço de atenção básica funciona adequadamente; b) quais são efetivamente estes serviços; c) se existe programa de Agentes Comunitárias de Saúde implantado e em que parcela da comunidade isso está presente; d) se existe Programa Saúde da Família implantado e qual a sua cobertura; e) se a população tem acesso aos exames necessários da atenção básica; f) quais são os serviços de urgência e emergência disponíveis na cidade e eventuais dificuldades para o acesso a estes serviços; g) o número e localização das unidades de saúde na cidade assim como a localização e existência de laboratórios médicos, unidades ou serviços de fisioterapia, unidades de serviços odontológicos ficando com estes principais serviços; h) o número de profissionais de saúde por especialização; i) o número de leitos (médicos, pediátricos, cirúrgicos, obstétricos) que o município dispõe no SUS; j) se os serviços estão devidamente organizados; l) saber como funciona, quem controla e se existe central de internações e marcação de consultas e exames no município; m) conhecer de que forma está organizada a distribuição de medicamentos no município; n) conhecer de que forma a população avalia a qualidade dos serviços de saúde nas suas diversas formas; o) se a vigilância sanitária existe, está em funcionamento e se é efetiva; p) como é feito o encaminhamento da população para municípios de referência quando os serviços não existem na cidade (BRASIL, 2001).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E SUA EFETIVA APLICAÇÃO, COM RESULTADOS AUFERIDOS

A busca através deste estudo de caso, em discorrer sobre a análise do Conselho Municipal da Saúde, e a sua contribuição para a política de saúde da cidade nos remete a fazer uma compilação de todas as abordagens que foram neste trabalho descritas, citadas e referenciadas, com a finalidade de poder responder aos objetivos específicos que este estudo se propôs. Para isso, foi escolhido como mecanismo a aplicação de um questionário que teve 23 perguntas.

A primeira forma de apresentação dos itens e do conteúdo do questionário é a distribuição mediante grade com 5 (cinco) campos específicos onde define-se respectivamente o conselheiro sem nomeação e com identificação numérica seqüencial de 1 até 12 conforme o número de participantes. Ao total, foram enviados 13 questionários, sendo que destes, apenas 12 retornaram.

A grade de apresentação dispõe ainda de outra coluna com a disposição sobre o tempo de participação de cada conselheiro no CMS, representada por meses ou número de anos. A terceira coluna, refere-se à escolaridade de cada membro participante do conselho, sendo seguida pela coluna que referencia o segmento representativo, o sexo do participante.

| Conselheiro | Tempo de Representação | Escolaridade | Segmento Representativo | Sexo |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------|
| 1 | 02 anos | Superior Completo | Usuários | F |
| 2 | 03 anos | Pós Graduado | Profissionais da Área da Saúde | M |
| 3 | 06 meses | Ensino Médio Incompleto | Usuários | F |
| 4 | 02 anos | Superior Completo | Profissionais da Área da Saúde | F |
| 5 | 08 anos | Superior Completo | Usuários | M |
| 6 | 02 anos | Ensino Médio Completo | Representantes do Governo | F |
| 7 | 02 anos | Superior Incompleto | Usuários | M |
| 8 | 05 anos | Superior Incompleto | Usuários | M |
| 9 | 08 anos | Ensino Médio Completo | Usuários | M |
| 10 | 03 anos | Superior Incompleto | Usuários | F |
| 11 | 01 ano | Ensino Médio Incompleto | Usuários | F |
| 12 | 06 meses | Superior Completo | Usuários | M |

Com relação ao tempo de participação dos conselheiros, foi possível observar que 58.31% tem até 2 anos de participação no CMS/BP; 16.66% tem até 3 anos de participação; 8.33% tem até 5 anos de participação e 16.66% tem até 8 anos de participação na constituição do conselho de saúde.

Em relação à tabela anteriormente apresentada, temos ainda a referir que o nível de escolaridade aferido na análise dos dados do questionário nos possibilitam dizer que 8.33% dos participantes do conselho possuem pós-graduação; 33.32% dos participantes possui o curso superior completo; 24.99% dos participantes tem o curso superior ainda incompleto e 33.32% estão dentro da faixa do ensino médio (completo ou não), não existindo nenhum participante do universo pesquisado que não possua a escolaridade mínima do ensino médio. Nota-se que não há inferioridade entre a escolaridade dos segmentos participantes do conselho, deixando a mostra um significativo nível de escolaridade entre todos os seus membros.

No quesito sexo encontramos uma igualdade entre os sexos participantes, tendo 50 % do sexo masculino e 50 % do sexo feminino.

A partir da sexta questão (6) temos uma leitura mais próxima do objetivo da pesquisa, onde se questiona de cada participante qual é a função do conselho municipal de saúde. Tivemos a definição de Labra (2006), que nos ensina sobre o entendimento do espaço de deliberação que se consubstancia o conselho de saúde, e onde o autor refere as iniciativas do Ministério da Saúde que busca através da capacitação dos conselheiros, uma melhor informação e possibilidade de clarear cada vez mais a importância do conhecimento ao conselheiro no desempenho das atividades do controle social. Muitas são as respostas em suas variedades de enfoques, sendo que das 23 respostas dadas nesta pergunta 43.40% disseram que a função é fiscalizar, sendo que os outros 56.60% ficaram divididos entre 13 tipos diferentes de atribuições inerentes ao conselho, tais como: formular e propor estratégias; avaliar prestação de contas; aprovar contas; acompanhar e avaliar políticas; ser instrumento do controle social; orientar sobre direitos dos usuários; supervisionar a secretaria da saúde; atender as demandas da comunidade; deliberar sobre interesses da população; capacitar os conselheiros; ajudar; propor; discutir; sugerir melhorias.

A sétima pergunta (7) do questionário buscou saber como as deliberações do conselho municipal da saúde são acatadas pelo Poder Executivo, tendo Machado (2006) referido em passagem anterior que existem meios e situações com endereço e legitimidades a serem buscadas para que se faça a efetiva aplicação das deliberações do conselho. Foram dadas 16

tipos de respostas, onde neste universo, 50% das respostas foram na direção de que existem inúmeras dificuldades neste acatamento, e os outros 50% indicando uma melhoria gradativa nesta posição. Nestes 50% que indicam melhoria, encontramos manifestações assim classificadas: a relação melhorou; são acatadas, mas precisam ser revistas pelo gestor; existe mais harmonia na relação; alteram com algumas mais rápidas e outras mais demoradas; estamos sendo atendidos; sempre foram respeitadas. Na parcela percentual que enumera dificuldades, colhemos as mais diversas expressões tais como: pouco interesse do executivo; desgaste para fazer valer a posição; atendimento demorado; má vontade; negligência no agir e acatamento somente dentro do aspecto pressão; reclamação da falta de informações; falta de treinamentos, entre outros.

A oitava pergunta do questionário (8), solicitava que fossem descritas as principais deliberações do CMS/BP que foram incorporadas pela administração municipal, tendo resposta um universo de 24 diferentes manifestações. Destas, 12.48% das respostas referiram que nada foi incorporado pela administração do trabalho das deliberações do conselho; 8.32% das respostas indicaram que a efetiva realização da conferência municipal da saúde foi destaque como prática incorporada ao rol das atividades da secretaria da saúde nos seus momentos específicos; 8.32% das respostas refeririam que a reformulação do conselho resultou de uma incorporação da administração municipal das medidas defendidas e deliberadas pelo conselho, se chegando efetivamente a oportunizar a mudança e adequação ao texto de lei que redefinia as participações; 16.6% das respostas informaram que a definição do local de reuniões com sala própria, foi uma das incorporações importantes pela administração municipal, ao funcionamento do CMS/BP; 12.48% das respostas referiram que a incorporação no orçamento municipal de rubrica específica para a manutenção das atividades do conselho, como uma das deliberações incorporadas pela administração municipal; dos 41.76% restantes de respostas, encontramos uma variedade de deliberações tais como: a) melhoria no atendimento ao usuário nos postos; b) melhorias no funcionamento da vigilância sanitária; c) melhorias na segurança dos usuários no transporte para as consultas e exames em Porto Alegre; d) destinação de novos equipamentos para o funcionamento do conselho; e) prestação de contas trimestral do gestor para os membros do conselho municipal; f) fiscalização dos locais de trabalho dos trabalhadores na área da saúde; g) manifestação de que existe uma “aceleração” de todas as medidas deliberadas, e que a partir desta deliberação as “coisa andam mais rápido”.

A nona pergunta (9), questionava se o conselheiro já havia participado de atividades envolvendo a área da saúde, antes de ser membro do CMS/BP, tendo como resposta que 41.66% dos conselheiros nunca tinham participado das atividades envolvendo a área da saúde, e os 58.33 % restantes já tinham participação efetiva em ações ou atividades que envolvessem a área da saúde, dando elementos indicadores para o entendimento de que percentual superior a metade, aportou conhecimento e experiência nas praticas de participação coletiva no conselho de saúde.

Nesta mesma linha de prospecção sobre participações ou familiaridades com a área da saúde, a pergunta de número dez (10), buscava saber das participações em movimentos sindicais, movimentos comunitários, organizações, clube de serviços, fato este que resultou o percentual de 74.97% de conselheiros que fazem parte de algum tipo de movimento arrolado acima, e 24.99% de conselheiros que não tem nenhuma participação em nenhum tipo de atividade ou grupo de organização, fato este que vai ao encontro ao que preceitua a Lei nº 8142/90 no seu artigo 1º §2 que define quem participa e sua representação.

Prospectando através da pergunta de número onze (11), com referência as participações em capacitações ou cursos no último ano, situação esta que procura mensurar o nível de esclarecimento e possibilidades que foram oferecidas ou buscadas pelos conselheiros na sua efetiva qualificação, medida esta apregoada por Labra (2006) quando reafirma a necessidade da qualificação permanente dos conselheiros inclusive citando o Programa de Qualificação dos Conselheiros, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde / Fiocruz, os conselheiros responderam que 50% tiveram atividade de capacitação e os outros 50% não tiveram nenhuma atividade envolvendo qualificação para o desempenho da atividade de conselheiro da saúde. Resulta então, a possibilidade de que haja a necessidade interna da organização do conselho em buscar alternativas de qualificação existentes, como medida de aprimorar e instrumentalizar de forma mais presente e qualificada os seus membros, muito embora esta demanda esteja apenas explicitada no relatório da segunda CMS, onde atividades desta ordem foram suscitadas como necessárias para a qualificação dos conselheiros.

Quando fizemos a pergunta de número doze (12), questionando por que cada um dos participantes é membro do CMS/BP, fato este que decorre de um mandamento legal previsto na Lei nº 8142/90 que discorre sobre a composição do conselho entre outras coisas, um universo diferenciado de respostas foi dado, encontrando as mais diversas manifestações e motivações. Foram 13 respostas (alguém respondeu com duas respostas), representando os

seguintes percentuais: 46.15% dos conselheiros definem sua participação como representando uma entidade ou um segmento; os 53.85% das respostas dos conselheiros, foram divididas entre as mais diversas motivações tais como: a) necessidade de defender direitos; b) ser útil; c) ser voluntário; d) ser colaborador com o município; e) exercer cidadania; e) aumentar o controle dos gastos públicos.

A pergunta de número treze (13), versava sobre o reconhecimento da comunidade de Balneário Pinhal sobre a atividade de conselheiro da saúde, procurando saber se são reconhecidos pela sua atuação. Foi encontrado o percentual de 66.66% que entende que a comunidade não reconhece as suas atividades e de 33.33% que são efetivamente reconhecidos por sua atuação. Dentre os que entendem que não são reconhecidos, os motivos para este não reconhecimento vão na direção da pouca divulgação dos seus atos em 50% dos casos, e os outros 50% divididos assim: a) pouco esclarecimento das pessoas; b) desinteresse; c) mau uso da função de conselheiro; d) falta de cultura cidadã; d) alienação da comunidade.

A décima quarta pergunta (14) do questionário foi na direção de colher se efetivamente eles monitoravam a execução de suas deliberações, fato este que restou afirmativo num percentual de 100% dos conselheiros participantes da aplicação do questionário, justificando esta afirmativa sempre com a motivação que vão atrás, procuram informações, buscam dados e tem dedicação e preocupação em saber dos rumos dado para as suas deliberações, até porque existem mecanismos a disposição para que se faça de forma coercitiva, como por exemplo, a comunicação ao Ministério Público das situações deliberadas e a sua presente e possível interação, culminando até com a busca do judiciário, para que se faça acontecer a aplicação das deliberações e resultados auferidos em suas atuações na plenária do conselho, segundo Labra (2006).

Em relação a pergunta (15), sobre a existência de espaço físico disponível para o conselho desempenhar suas atividades, a fim de que se atenda a uma das cinco condições fundamentais do trabalho isento dos conselhos, ou seja a sua Autonomia, não ficando dependente de marcação antecipada de local, para a realização de suas reuniões. O termo autonomia, não implica em precisar de autorização para proceder ações, e sim ter mecanismos, meios, legitimidade para o desempenho de suas atribuições legais. A resposta na forma de percentual de 74,97%, foi sim, e apenas 24.99% respondendo como não. Como entender que o sim representa existir o espaço e alguns responderem de que não existe? Entende-se que a dúvida suscitada deve-se ao fato de que existem momentos em que a reunião é realizada em locais diversos (mezanino da prefeitura e Câmara de Vereadores), e isso pode

ter deflagrado a dúvida na resposta. Atualmente, de forma oficial, as reuniões ganharam um local específico e com todas as condições necessárias, inclusive com a disponibilização de computador, armário, materiais de escritório básicos, televisão, mesa de reunião longa, cadeiras em número suficientes, estando localizado na UBS da sede do município.

O objetivo da pergunta de número (16) dezesseis, versava sobre a influência que a comunidade possa vir a exercer sobre as decisões do CMS/BP, retrato fiel da participação popular incorporada pelos segmentos representativos, resultando como resposta o percentual de 74.99% indicando que a comunidade exerce sim influência nas decisões do conselho e somente 25.01% entendem que a comunidade não exerce influência. Destes 74.99% que responderam sim, tivemos as nove justificativas que se concentram sempre na faixa assim caracterizada: a) pedem para os conselheiros ter determinado tipo de postura; b) denunciando e cobrando manifestações; c) através de sugestões aos conselheiros; d) através da participação de entidades, fazendo com que a entidade retire sua posição e o conselheiro seja encarregado de ser porta voz desta posição e defenda dentro do conselho; e) através do encaminhamento de pautas prévias de solicitações que chegam até os conselheiros.

A pergunta 17 do questionário se fixa no detalhe de saber se o conselheiro pergunta ou consulta sua entidade antes de ter sua participação dentro da esfera do conselho de saúde e antes de suas deliberações. Como resposta, tivemos o percentual de 25.01% respondendo que não consulta e 74.99% respondendo afirmativamente que consulta e que se aconselha com o seu órgão representativo antes de deliberar.

Sobre a participação da sociedade nas reuniões públicas do conselho (aspecto geral), objeto da pergunta 18, em função da publicidade das reuniões e da abertura do espaço a comunidade como um todo, obteve-se certo equilíbrio, ou seja, 58.31 % das respostas entendem que a sociedade não participa diretamente, chegando e estando presencialmente nas reuniões, e 41.69% entendem que as pessoas participam efetivamente. Como motivo preponderante para estar ou não em maioria, colheu-se oito tipos diferentes de justificativas, sendo que destes 58.31% de não, a idéia preponderante é a de que existe ainda muito desinteresse, alegam problemas culturais, e uma manifestação pautou o detalhe das pessoas desconhecerem a força que os conselhos possuem e a sua legitimidade.

A pergunta 19, questionava sobre quais mecanismos que o CMS/BP possui para o acompanhamento e controle das políticas de saúde na cidade, sendo colhida as diferentes manifestações que se seguem em número de 14, onde destas, 35.7% elencam a visita local como importante e significativa. Em segundo lugar nas citações, com o percentual de 21.42%

entendem que o controle através das vistorias dos relatórios trimestrais e outros solicitados (revisão de empenhos, solicitações de informações financeiras) são significativos e são efetivos para que o controle seja exercido. No percentual restante, 42.88%, ficam registradas as demais citações, sendo destacadas entre estas: a) questionamento direto ao gestor da saúde; b) denúncia ao conselho estadual; c) denúncia ao Ministério Público; d) realização de audiências públicas; e) reuniões de cobrança com o secretário da saúde entre outras citadas.

A pergunta de número 20, que solicitava a descrição do que era entendido como sendo Controle Social na área da saúde, definição esta tendo sido descrita por Bravo (2001), Correia (2003), Souza (2010), onde em uma síntese, seja o instrumento democrático, no qual há a participação dos cidadãos no exercício do poder, colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação de metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas. Tivemos 58.31% das respostas dentro do que a definição de controle social contempla com perfeito entendimento do que seja. Já 41.69% das respostas dadas não correspondem em nada o que quer efetivamente dizer controle social, colhendo-se uma variada diversidade de situações de entendimento sem a objetividade que a pergunta procurava esclarecer, inclusive com um questionário ficando em branco neste item e outro apenas registrando uma palavra como resposta.

Quando perguntamos aos conselheiros, através do questionamento de número 21, onde se procurava saber se o CMS/BP contribuía, colaborava para a política de saúde municipal, tivemos 100% de respostas sim, não se tendo nenhuma resposta discrepante que não fosse a concordância da efetiva contribuição, fato este decisivo como indicativo de que os conselheiros entendem que o CMS/BP cumpre com sua função e estipula de forma unanime contribuição para as atividades da área da saúde na cidade.

A pergunta de numero 22, buscou saber o que o conselheiro gostaria de mudar no CMS/BP, e com implementação de imediato, tendo resultado como resposta 20 situações elencadas, conforme segue: com 15% de respostas, a realização de capacitações e a instalação de um calendário validado com estas capacitações definidas em espaços de tempo menores para suas realizações; Igualmente com 15% das respostas, segue a realização de mais reuniões (sugerem que sejam quinzenais), para estarem mais tempo atentos aos acontecimentos e não só uma vez por mês ordinariamente; em outra linha de percentual, 20 % responderam que a sala de uso exclusivo com todos os equipamentos exclusivos também é uma solicitação bem destacada. Dos 50% restantes, tivemos 10 outras manifestações que variam desde a resposta de que tudo está bem sem necessidade de nada ser mudado, até a solicitação de que sejam

feitas portarias individuais para os membros do conselho municipal, ficando assim caracterizado uma diferenciação de olhares sobre o mesmo tema e diferentes pensamentos sobre o estágio em que o conselho se encontra.

A última pergunta do questionário, de número 23, solicitava a impressão que o conselheiro tem do olhar do munícipe sobre a sua atuação como conselheiro. Neste questionamento ao recolher as 12 respostas, encontramos 16.66% dos conselheiros com a opinião de que os munícipes concordam com a atuação dos conselheiros, sendo que 41.65% entendem que os munícipes desconhecem as suas atuações como conselheiros, e outros 41.65% concordam com suas atuações e inclusive valorizam as suas atuações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que fosse possível analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, foram definidos diversos procedimentos, através deste estudo, e instrumentos para que se pudesse chegar ao final com possibilidades de responder aos questionamentos e ter elementos adequados para atender aos objetivos específicos desta pesquisa.

Partiu-se de um pequeno introdutório, em que se falou das Políticas Públicas, com foco Pós Constituição de 1988, passando também pelas Políticas Públicas de Saúde, momento em que enfocou-se a realidade do Controle Social e suas manifestações, evoluindo para uma contextualização daquilo que é efetivamente um conselho, sua importância, realidade, inserção nas vivências participativas e a configuração final da modalidade conselho de saúde, objetivo maior da pesquisa.

Para analisar a atuação do Conselho de Saúde, buscou-se objetivos específicos que versaram desde a descrição do funcionamento do conselho, relatando resultados obtidos nas suas apropriações, chegando ao patamar de avaliar de que forma os resultados auferidos pelo conselho em sua atuação formal, contribuíram na política de saúde da cidade de Balneário Pinhal.

Analisando as respostas do questionário aplicado, fazendo o tratamento e compilação das respostas e aliando tudo isso face ao referencial teórico utilizado, consegue-se ter indicativos concretos e convergentes para todos os objetivos que a pesquisa se ocupou no seu desenvolvimento.

Encontramos um Conselho de Saúde novo no tempo de participação dos seus membros (média de até dois anos com mais da metade dos seus membros), com um nível de escolaridade médio entre seus participantes (nenhum participante com escolaridade menor que o segundo grau), e com participantes com curso superior completo e incompleto, além de pós-graduados em número considerável.

O posicionamento da grande maioria dos conselheiros é na direção de ter discernimento presente da função ou das funções do conselho de saúde, discorrendo em detalhes diversos os seus entendimentos daquilo que seja a função da existência de um conselho.

A respeito da efetiva apropriação das deliberações do conselho por parte da administração municipal, colheu-se um empate entre entendimentos de acolhimento e de dificuldades ou não entendimento do acolhimento das deliberações pela administração no seu dia a dia nas questões da saúde municipal. Detecta-se entendimento de melhorias, detecta-se melhorias nas relações entre o conselho e a gestão, encontra-se indicativos de mais harmonia no trato das questões relevantes, e o entendimento consubstanciado pelo olhar de respeito para com as questões públicas da área da saúde.

Acredito que o empate obtido nas respostas a este questionamento, reflete o estágio de amadurecimento, de contribuição, de litigância em alguns momentos, e a função de conselheiro sendo exercida, pois a administração municipal procura trabalhar na direção da melhoria dos atendimentos e das demandas, sendo que o conselho, por sua ótica, tem o entendimento que tudo o que discute, independente de ser deliberado, somente discutido, ou apenas apresentado em reunião, deva ser imediatamente transformado em mando e incorporado pela área da saúde municipal. Existem momentos de investigação, outros de denúncia (fundada ou não) que devem ser analisadas, e que por decorrência, podem gerar uma sensação de que as situações são ou não acatadas pela administração municipal em seu funcionamento normal. Certamente, nem tudo o que é tratado, conhecido, analisado, discutido será apropriado e incorporado ao trabalho na área da saúde pelo conselho.

O processo de entrosamento atual entre Conselho e Administração Municipal é reconhecido e vem em escala de crescimento, tendo isso ficado demonstrado nas respostas individualizadas e também na análise das atas de trabalho, onde em minúcias, ficam registradas as diversas interações e discussões que contribuem para a melhoria e controle da área da saúde em nossa cidade.

Quando se descreve de forma prática as principais deliberações que foram incorporadas pela administração municipal decorrentes da atuação do conselho de saúde, 24 diferentes manifestações foram pontuadas no sentido de enumerar situações e elencar algumas dificuldades remanescentes. Este universo é amplo e segue as mais diversas direções, variando de respostas desde, nenhuma incorporação, até a descrição com detalhes de atendimentos e atividades inseridas e disponibilizadas.

Uso como exemplo uma determinada deliberação, onde o conselho após arrazoar todas as suas atribuições e competências, embasando o seu agir nos dispositivos das leis de existência e no regimento interno de funcionamento, entendeu que fosse colocada uma determinada funcionária a disposição liminarmente, até que fosse apurada a denúncia que o

conselho recebera, implicando nos direitos funcionais de suas atividades e podendo vir a causar danos ao seu exercício profissional, assim como a sua reputação e outras formas de imposição antecipada de culpa ou responsabilidade. Neste caso, não houve o acolhimento da deliberação na sua forma direta e intencional, mas sim a determinação de que fosse aberto o respectivo processo administrativo disciplinar e que dentro dos prazos compatíveis para qualquer funcionário público municipal, com amplo direito de defesa, e que fosse efetivamente analisado pela comissão processante as atuações, acusações e eventuais deslizes cometidos por esta funcionária.

De outra forma, não foi encontrado em todas as atas de conselho deste período, nenhuma deliberação explícita de que a administração municipal tenha não acatado as assertivas, recomendações, deliberações formais do CMS, e que pudesse dar margem à manifestação direta de inconformidade, até porque, se assim tivesse procedido a administração, o próprio conselho teria recorrido aos mecanismos disponíveis e as instâncias cabíveis para que fosse cessado estas supostas transgressões ou não acatamento de suas legais e legítimas deliberações.

São nestes momentos exemplificados, que fica materializada as dificuldades e os acertos da atuação do Conselho de Saúde, no seu mecanismo de funcionamento e no seu produto final e acabado, em prol do andamento da política de saúde da cidade. O excesso de politização nas discussões do conselho, ou a exacerbação de posições ou de vontades, as vezes “maquiadas” e mostradas sob a forma de participação somente, aqui muitas vezes se materializa, com possíveis e eventuais distorções. Pode até deixar transparecer algo maior que a simples e objetiva participação como conselheiro. chegando por parte de alguns o exercitar de um mecanismo mais rigoroso e contundente que o caso requer, para fazer apenas uma pequena exemplificação. É necessário que a deliberação esteja no mesmo ritmo de possibilidade dos meios adequados e disponíveis, triando não só o possível e exequível, como também fazendo uma síntese do que é o ideal, utópico e ainda inatingível, daquilo que podemos e temos condições de implementar.

Buscou-se saber das origens dos membros dos conselhos, suas participações em mecanismos semelhantes, suas origens de entidades ou representações, tudo isso com a finalidade de poder ter um retrato fiel de quem são os membros do conselho, de onde vêm, com que bagagem e com que postura, quando do seu desempenho nas questões das diversas atividades atinentes a representação participativa.

Neste emaranhado de origens, motivações, convicções, credos políticos e outras formas de manifestação política e não somente a defesa da atividade participativa pura e simples, ocorre um dos fatores de conflito ou de uma certa exteriorização de interesses diversos. Não me refiro de defender ou atacar. Não me refiro a acolher as atitudes da administração ou ser somente parte independente de origem de representação. Refiro neste momento, o eventual desvio de postura em prol daquilo que deveria ser a motivação maior, ou seja, o Controle Social, a atividade cidadã na sua plenitude, com a mistura de interesses e de fatores que podem em determinados momentos desequilibrar a correlação de forças presentes e alinhadas no controle da aplicação do dinheiro público como atitude principal. Esta variedade de vivências, este manancial inesgotável de situações que afloram sob a conotação de que querem o melhor para a cidade e para a saúde, tem muitas vezes outras implicações e que não sejam as melhores e as mais produtivas para as atividades da saúde e os benefícios aos municípios. Não ousaria chamar o conselho de “aparelhado” politicamente, mas com o andar dos anos, da vivência semanal dos fatos, com a leitura das atas que refletem as posições apresentadas e as situações canalizadas, posso dizer sim do cuidado que se deve ter em muitos momentos da atividade tanto dos conselheiros, como da gestão municipal, para que não se configure no centro dos acontecimentos, tendo o conselho como pano de fundo, uma arena de conflitos, onde o que menos seja levado em consideração sejam os interesses dos municípios e a melhor aplicação dos recursos públicos.

O questionamento atinente ao reconhecimento da representatividade do conselho e seu reconhecimento por parte da comunidade, restou negativo quando da análise do questionário. Este fator nos evidencia ainda a falta do uso dos mecanismos de maior divulgação, publicidade e propagação dos trabalhos realizados, fazendo com que o reconhecimento da importância que o desempenho das atividades de conselheiro ainda não seja apropriado por parte dos municípios, e se torne um fator que demonstra ainda a necessidade de ampliação dos mecanismos de transparência e visibilidade a atuação cidadã e participativa.

Quando se fala do monitoramento que o conselheiro faz de suas deliberações, e o acompanhamento destas para que sejam efetivamente implementadas, consegue-se ter registros em sua totalidade dos conselheiros (100%), ficando claro nesta ação o zelo que os mesmos demonstram em participar e acompanhar os resultados de suas atuações, até a sua concretização na prática do dia a dia.

Da mesma forma, colheu-se a importância das questões de logística, disponibilização de meios e espaços ao conselho, restando presente em quase 80% das manifestações o agrado

e a satisfação destas medidas estarem implementadas e no caminho de mais avanços significativos ainda. Ficou claro para estes conselheiros, e assim puderam se manifestar, valorizando a disponibilização de local adequado e meios disponíveis para as suas atuações.

Considerando sobre a influência da comunidade nas decisões do conselho, ficou evidente também a preocupação dos conselheiros em buscarem suas origens e suas bases, antes de formalizarem suas manifestações, sendo este aspecto muito salientado nas respostas do questionário e um indicativo positivo da consciência participativa e do efetivo controle da sociedade sobre as atividades públicas, nas suas minúcias e suas implicações práticas na vida do dia a dia.

Já contrastando com isso, a participação física nos momentos de decisão ou o costume das presenças, ou mesmo o interesse do público, fica em alguns momentos, com índices menores, havendo necessidade de esclarecimentos sobre os mecanismos disponíveis e o uso cidadão que todos podem ter e serem signatários.

Talvez seja em momentos como este, que o conselheiro de saúde poderia ampliar a sua participação, sendo não mais somente um representante escolhido a frente de uma entidade ou um segmento, e passasse a ter conotação diferenciada em suas atividades educativas e informativas. Sendo assim, a parcela da sociedade que ainda não é sensível as formas participativas, a importância que isso tem e o papel que podem vir a representar no cotidiano da sociedade, verá oportunidade de se inserir nas práticas participativas da cidade.

Sobre o que seria efetivamente controle social, ficou nítida a divisão entre aqueles que sabem do que se trata e aqueles que exercem na prática o controle e não sabem formular em palavras o *que* isso ou *para* que isso existe e está presente. Esta disparidade, revela a necessidade de cada vez mais, estes mecanismos serem mostrados, exemplificados, difundidos em cursos, em qualificações a serem realizadas, em atividades a serem trabalhadas, mesmo nas instâncias primárias aqui da cidade, mas com critério objetivo, finalidade cidadã e motivação elevada.

Coloco estes detalhes, em função de que as lideranças devem assim como os políticos nos cargos e nos mandatos, sofrerem um processo de oxigenação e troca, assim como a difusão destas atividades para um universo mais numeroso, com a específica intenção de multiplicar, renovar e fomentar a existência de mais interessados, e ainda com a vontade de que todos aqueles que se somarem as novas atividades participativas, façam e desenvolvam suas atividades com motivação voltada para os avanços da coletividade, e a melhor aplicação

dos recursos públicos e outros controles. Ainda, poderíamos ter a participação do cidadão que ainda não seja marcado ou vinculado com cores partidárias e que consiga independente de suas agremiações, eleger a cidade e sua gente como bem maior e horizonte para suas metas e buscas. Não se quer aqui discriminar o cidadão que tem cores partidárias, mas sim dizer que existem sim segmentos, oportunidades e contribuições no interior das comunidades que podem e querem também as melhores posições e as maiores contribuições para o processo participativo, sem elevar, ou misturar neste debate, como primeira importância as suas posições políticas ou, usar as suas preferências como mola propulsora do valor e da intensidade de suas críticas, podendo inclusive mascarar reais interesses diversos, dos objetivos participativos que devem nortear todos, quando sentados a mesa das reuniões. Quero reiterar que este posicionamento é válido para todas as participações no conselho (todos os segmentos representados, inclusive a representação da administração), somente com a ressalva de que todos que são partícipes, tem acima de tudo ou deveriam ter, compromissos maiores do que somente defender interesses próprios comuns.

A inclusão no orçamento municipal de valores direcionados à manutenção e ações do conselho de saúde, também ficaram evidenciados nas manifestações dos conselheiros, que tiveram este incremento, decorrente de sua busca e de sua luta, fazendo na prática e tornando concreto e válido às suas atividades e solicitações, e de outra forma, indicando a sensibilidade da instância de governo em também caminhar na direção do acatamento dos avanços e melhores condições materiais de desenvolvimento como instituição.

Quando da pergunta sobre a contribuição efetiva do conselho de saúde para as políticas de saúde da cidade, tivemos a marca da unanimidade em todos os conselheiros, tendo o entendimento de que existe contribuição e existe colaboração nestas posturas e posições.

Para finalizar, temos ainda as impressões dos conselheiros sobre o olhar do munícipe diante da atuação do conselheiro, sendo que o resultado decorrente é uma igualdade entre o reconhecimento e a dificuldade em reconhecer o trabalho, indicando para uma necessária maior divulgação e propagação das formas trabalhadas, assim como dos mecanismos existentes e as possibilidade de que através da ferramenta “conselho”, se possa chegar e contribuir.

Após estas considerações e depois de compilar e relacionar as respostas do questionário, concluo, recomendando: a) medidas no sentido de que sejam trabalhadas entre os conselheiros mais atividades de qualificação, definindo um calendário de capacitação

permanente; b) maior publicidade aos atos e divulgação das atividades inerentes a tudo o que diga respeito ao conselho, com a exploração e uso da Rádio Comunitária local com mais ênfase; c) uma interação maior entre os conselheiros e a comunidade com a finalidade de fazer interagir e participar os segmentos com interesse e com contribuições a serem dadas; d) a realização de campanhas de esclarecimento e chamamento com relação ao fato de que tem que ser feita uma maior sensibilização para as lideranças, entidades, representações, comunidade em geral; e) aumento da periodicidade das reuniões do conselho, face a grande quantidade de reuniões extraordinárias acontecidas, fato este que somente prova a atualidade da necessidade e a demanda reprimida, causada pela realização de apenas uma reunião ordinária mensal, e que em diversos momentos nas leituras das atas das reuniões, manifestações de diversos conselheiros, ficaram registradas indicando a necessidade de mudança nesta forma já acertada. Em contraste a isso, claro fica o detalhe da presença sempre exigida e controlada, obrigando alguns membros que tem mais representações em outros conselhos para a escolha ou a participação bem planejada dos dias e horários; f) além de explicitar um fator pouco citado nos questionários, que destaco como importante, referencio a excessiva politização das questões alvo e muitas vezes o tratamento extremado de questões, onde a relevância efetiva destoa da real importância que o tema desperta e implica na praticidade do atendimento de saúde e a seu possível acatamento como pauta do conselho. Esta atitude mostra duas tendências: 1) o possível desvirtuamento dos aspectos de participação cidadã e construção comunitária, para uma excessiva participação e conotação política, onde salienta-se aqueles que estão mais interessados em ser críticos contumazes, do que ser cidadãos preocupados com os rumos efetivos das atividades da saúde e da boa aplicação dos recursos públicos; 2) a demarcação de quem realmente faz parte do conselho com uma visão participativa, com “olhos de cobrar”, mas não fazendo o conselho de “trincheira político partidária”, mascarando suas atenções, atividades, motivos e fundamentações com o manto da participação cidadã.

No entanto, apesar das possíveis distorções, do desvirtuamento momentâneo ou permanente que se podem apresentar, no contexto em que determinadas participações podem evidenciar, entendo e valorizo de forma muito significativa, a importância e representação da ferramenta *conselho*, pois independente de todas as suas possíveis distorções e conotações eventualmente diversas, proporciona quando bem aplicada e bem gerida, um efetivo controle sobre a atuação pública dos gestores, assim como tem mecanismos e atividades a sua

disposição que fazem o contraponto evidente e necessário a qualquer atuação do gestor público.

Como todas as medidas da vida, um equilíbrio entre a participação severa e a participação com cidadania; a equidistância entre o gestor bem intencionado e o gestor que manipula as suas possibilidades; a perfeita convivência entre o ideal e o exequível; e a constatação que a vigilância permanente e atuante tem resultados práticos que não sejam aqueles advindos do interesse apenas de cobrar e retaliar. Restam sempre presentes, quando se procura estudar e retratar a atuação de áreas tão sensíveis como a da saúde, neste contexto público tão defasado entre a necessidade e o que se tem a oferecer, com um pano de fundo da escassez de recursos e a permanente vigilância sobre estes e a sua real destinação.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Jose Leopoldo Ferreira. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde:** abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/saudebucal/file/anexos/atenção%20basica/I S-cap9.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

ARAÚJO, Tânia Bacelar. **As políticas públicas no Brasil:** heranças, tendências e desafios. Disponível em: <<http://franciscoqueial/phocadownload/gestao/taniabacelar.pdfroz.com.br/port>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

AVRITZER, Leonardo. **Reinventando mecanismos de inclusão e controle social nos conselhos de saúde.** Disponível em: <<http://www.democraciaparticipativa.org./files/reiventandomecanismos.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

BARICHELO, Fernanda Bellé. **Práticas narradas:** comunidade, participação e controle social no SUS. Porto Alegre, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BARROS, M. E. D. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 33.** Brasília, 23 de novembro de 1992.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução n. 196/96.** Brasília, 1996.

_____. **Guia de referencia para Conselheiros Municipais:** O SUS e o controle social. Brasília-DF, 2001.

_____. **Coleção Progestores-Para Entender a Gestão do SUS.** 1. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Educação-MEC. **Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP).** Especialização em Gestão Pública Municipal. 2009.

_____. **Conselhos Escolares.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/ce_gen.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

_____. **Conselhos Escolares:** uma estratégia de gestão democrática da educação pública. Portal do Mec. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/ce_gen.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2011.

_____. **Constituição (1988).** Constituição Federal. República Federativa do Brasil. Brasília 2011 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 nov. 2011.

_____. Fiocruz. Radis-reunião análise e difusão de informação sobre saúde. **Revista Radis**, n. 81, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/81/sumula/>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

_____. **Guia do Conselheiro**. Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/guia_conselheiro.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislação/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislação/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS/Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/A_Pratica_Control_Social.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2011.

_____. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333 de 04 de novembro de 2003**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671>. Acesso em: 06 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. NOB, 1996**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/SAS/PORTARIAS/port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 30 dez. 2011.

_____. Políticas públicas. **Apostila de Políticas Públicas**. Professora Maria das Graças Ruas. Capes, 2009.

_____. **Portal da Saúde**. Ministério da Saúde. Portal da saúde.gov.br. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso_indicadores.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2011.

_____. **Portal da Saúde**. Ministério da saúde. Portal da saúde.gov.br. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1671>. Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. Sebrae Minas Gerais. Políticas públicas conceitos e práticas. **Série Políticas Públicas**, v. 7. Disponível em: <<http://www.sebraemg.com.br/BibliotecaDigital/VisualizarDocumento.aspx?CODIGO=159>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

_____. **Site do Professor Gastão Campos**. Disponível em: <<http://www.gastaowagner.com.br>>. Acesso em: 29 out. 2011.

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: **Política social e democracia**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: fase/IBAM, 1995.

CARVALHO, Gilson. **Controle do financiamento da saúde a ser exercido ...** Disponível em: <www.observatoriosocialdobrasil.org.br/downloads/29.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2011.

CORREA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na saúde**. 2003. Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

COSTA, J. B. A da. **Poder público local e políticas públicas: algumas considerações sobre avaliações**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/joao_bosco210.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2011.

FERREIRA, Suzana Kroeling Rodrigues. **Conselheiros Municipais de Saúde: características e atuação**. Belo Horizonte, 2010. (Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais), Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

FRANCO, Túlio Batista. **Texto publicado no livro “Acolher Chapecó”**. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <<http://saudedilma.wordpress.com/2011/01/30/os-conselhos-de-saude-como-sujeitos-no-processo-de-construcao-do-sus/>>. Acesso em: 06 dez. 2011.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=balne%Elrio+Pinhal>. Acesso em: 09 nov. 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Projetos de pesquisa: como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, Marcia Constância Pinto Aderne. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p. 15-39, 2004.

HOLANDA, Aline Gomes. **O papel dos Conselhos Municipais de Políticas e o caso do Conselho Municipal de Cultura**. Disponível em: <<http://www.cult.UFBA.br/enecult2009/19538.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://ibge.Gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao>. Acesso em: 29 out. 2011.

LABRA, Maria Eliana. **Conselhos de Saúde: visão macro e micro.** Este texto é uma versão abreviada e modificada do trabalho **Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios** publicado em N. T. Lima et. al. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/29/1593>>. Acesso em: 30 out. 2011.

LUCHMANN, Ligia Helena Hahn. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre.** Campinas, 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade de Campinas, Campinas, 2002.

_____. **O desenho institucional dos Conselhos Gestores.** 2010. Disponível em: <www.npms.ufsc.br/lpublic/Artigo%204.doc>. Acesso em: 09 dez. 2011.

MACHADO, Elmira Maia Gomes. **O Conselho Municipal de Teresina como efetivo instrumento do controle social na política de saúde local.** Teresina, 2006. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Piauí, 2006.

MESQUITA, Maria Tereza da Silveira. **A percepção dos Conselheiros do Município de Pau dos Ferros/RN sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde.** Natal 2003. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2003.

OLIVEIRA, Marcos Antonio de Lima. Indicadores de desempenho. **Qualitas Artigos.** Disponível em: <http://www.qualitas.eng.br/qualitas_artigos_indicadores.html>. Acesso em: 18 nov. 2011.

PEREIRA, Márcio Florentino. **Experiência de participação pública nos Conselhos Municipais de Saúde do Brasil.** Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/788.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2011.

PONTUAL, Pedro. Desafios à construção da Democracia participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas. **Coleção Cadernos da Cidade**, n. 14, v. 12, nov. 2008. Disponível em: <http://www.libertadesciudadanas.cl/documentos/docs/Pedro__Pontual.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO PINHAL. **Lei n. 077/97 de 22 de agosto de 1997.** Criação do Conselho Municipal de Saúde. Balneário Pinhal, 1997.

_____. **Lei n. 078/97 de 22 de agosto de 1997.** Criação do Fundo Municipal de Saúde. Balneário Pinhal, 1997.

_____. **Lei n. 216/99 de 19 de outubro de 1999.** Altera o paragrafo primeiro do artigo 2 da lei municipal n 077/97 de 22 de agosto de 1999. Balneário Pinhal, 1999.

_____. **Decreto n. 21/2001 de 07 de julho de 2007.** Convoca para a I Conferência Municipal da Saúde. Balneário Pinhal, 2007.

_____. **Lei n. 730/08 de 09 de abril de 2008.** Dá nova redação a lei que criou o Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal. Balneário Pinhal, 2008.

_____. **Lei n. 808/08 de 09 de dezembro de 2008.** Dá nova redação a lei que criou o Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal. Balneário Pinhal, 2008.

_____. **Regimento Interno do CMS/BP.** Balneário Pinhal, 2009.

_____. **Portaria n. 395/2009 de 01/06/2009.** Nomeia Membros do Conselho Municipal de Saúde. Balneário Pinhal, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde.** Balneário Pinhal, 2009.

_____. **Decreto n. 10/2011 de 10 de maio de 2011.** Convoca a II Conferência Municipal de Saúde. Balneário Pinhal, 2011.

_____. **Portaria n. 826/2011 de 01/11/2011.** Nomeia Membros do Conselho Municipal de Saúde. Balneário Pinhal, 2011.

RAICHELIS, Raquel. Os conselhos de gestão no contexto internacional, conselhos gestores de políticas públicas. **Revista Pólis**, São Paulo, n. 37, 2000.

SANTOS, Marcelo Henrique dos. A importância do controle social para o desenvolvimento de adequadas políticas públicas em saúde no município de Anápolis-GO. **Revista Jurídica-Curso de Direito da UniEVANGÉLICA**, ano XI, n. 16, p. 11, 2011.

SICHE, Raul; AGOSTINHO Feni; ORTEGA, Enrique; ROMEIRO Ademar. **Ambiente e Sociedade**, Campinas v. X, n. 2, p. 137-148, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

SILVA, Evanildo Barbosa da. **Políticas públicas no Brasil nos anos 90: balanço crítico e possibilidades abertas por instrumentos participativos.** Disponível em: <http://www.unb.revistaintercambio.net.br/2related:rwww.fase.org.br/v2/admin/anexos/acervo/15_pol_pub_evanildo.doc.politicas>. Acesso em: 05 nov. 2011.

SILVA, Gisele Hillal da. **O papel exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e sua relação com o executivo municipal.** Instituto de Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

SOARES, Darli Antonio; ANDRADE, Selma Maffei de; CAMPOS, João Jose Batista de. Epidemiologia e Indicadores de saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Editora UEL, 2001. Cap. 10, p. 183-210.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

SOUZA, Rafael Morais de Paiva. **O controle social na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.** 2010. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/conf/8conferencia/control_social.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

STRALEN, Cornelis Johan Van. **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul.** Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30978.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, 25, p. 209-213, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n25/31122.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

TEIXEIRA, Celso Elenaldo. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Disponível em: <http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

VERGARA, Silvia Constant. **Projetos e Relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2011.

APÊNDICE A - Questionário Referente a Pesquisa sobre o Conselho Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

PESQUISA: O CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE DE BALNEÁRIO PINHAL:
CONTRIBUIÇÃO DOS CONSELHEIROS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO

1. Qual sua representação:

- () Poder Público. Qual sua lotação? _____
- () Sociedade Civil. Que entidade representa/qual segmento? _____
- () Profissional da Saúde. Qual sua área? _____

2. Sexo

- () Masculino
- () Feminino

3. Qual seu tempo como Conselheiro? _____

4. Escolaridade

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós-Graduação
- () Outro. Qual? _____

5. Qual sua profissão? _____

6. Descreva qual é a função do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

7. Na sua opinião, como as deliberações do Conselho de Saúde são atacadas pelo Poder Executivo?

8. Escreva as principais deliberações do Conselho que foram incorporadas pela Administração Municipal/Secretaria de Saúde Municipal.

9. Você já havia participado de ações envolvendo atividades da saúde antes de fazer parte do Conselho?

() Não () Sim. Qual o cargo e onde? _____

10. Você participa de algum movimento comunitário, sindicato, organização, clube de serviço?

() Não () Sim. Qual? _____

11. Você participou de atividades de capacitação este ano? Em caso afirmativo, quais?

12. Por que você é membro do Conselho Municipal de Saúde?

13. Você entende que o Conselho e sua função são reconhecidos pela comunidade de Balneário Pinhal?

() Sim

() Não. Por que? _____

14. O Conselho Municipal de Saúde além de deliberar sobre suas questões, acompanha e monitora a sua efetiva execução?

() Sim. De que maneira? _____

() Não. Por qual motivo? _____

15. O Conselho Municipal de Saúde tem a sua disposição espaço físico permanente para desempenhar suas atribuições?

() Sim () Não

16. Você avalia que a comunidade exerce alguma influência sobre as decisões do CMS de Balneário Pinhal?

() Não

() Sim. De que forma? _____

17. Você conselheiro, consulta alguma entidade/representação antes de deliberar alguma proposta?

() Sim () Não

18. A sociedade participa das atividades/reuniões do Conselho, já que são públicas e abertas?

() Sim

() Não. Por que? _____

19. Quais os mecanismos que o Conselho Municipal de Saúde de Balneário Pinhal dispõe para o acompanhamento e controle das políticas públicas de saúde da cidade? _____

20. Responda brevemente qual sua idéia sobre o controle social na área da saúde.

21. Você entende que o CMS de Balneário Pinhal colabora/colaborou de forma efetiva para a política de saúde municipal?

() Sim

() Não. Por que? _____

22. O que você gostaria de mudar efetivamente no CMS de Balneário Pinhal na atualidade e que fosse definido como medida adequada para ser implementado de imediato? _____

23. Como você pensa que o município olha a atividade/resultados de atuação sua como Conselheiro?

() Concorda

() Discorda

() Desconhece

() Concorda e valoriza

() Acha irrelevante

APÊNDICE B - Ofício de Solicitação de Reunião no Conselho Municipal de Saúde**PODER EXECUTIVO DO BALNEÁRIO PINHAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Of. 209/2011

Balneário Pinhal, 02 de dezembro de 2011.

Na oportunidade em que cumprimentamos Vossa Senhoria, solicitamos um espaço durante a reunião do Conselho Municipal de Saúde para o Sr. Jorge Fonseca, aluno do Curso de Especialização em Gestão Pública – UAB, para apresentar e pedir o apoio e a participação dos conselheiros no estudo do Trabalho de Conclusão de Curso

Atenciosamente,

Luiz Antonio Palhárin
Secretário da Saúde

Ilmo. Sr.
Luis Carlos Tondo
Presidente do CMS
Balneário Pinhal - RS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Sou aluno (a) do Curso de Especialização em Gestão Municipal/EaD, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo objetivo é analisar a atuação do conselho municipal de saúde de Balneário Pinhal e sua contribuição para a política pública de saúde da cidade.

A sua participação envolve o preenchimento de um questionário. A participação neste estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (51) 99988777. Desde já agradecemos sua contribuição no estudo proposto.

Contatos com a coordenação do Curso (51) 33083725.

Atenciosamente,

Jorge Luis de Souza Fonseca

Balneário Pinhal, ____ de _____ de 2011.

Consinto em participar deste estudo

Participante

Balneário Pinhal, ____ de _____ de 2011.

ANEXO B - Ata do Conselho de Saúde de Número 23/2011

ATA Nº 23/2011

Aos onze dias do mês de Dezembro de 2011, reuniram-se em caráter ordinário, às 17 horas, no PSF Sede, os conselheiros municipais de saúde, tendo como pauta os seguintes assuntos: 1) fala Jorge Fonseca (trabalho TCC); 2) Confraternização de final de ano; 3) recense JAN/FEV; 4) reivindicações pendentes. A reunião teve início com a leitura da ata anterior e das correspondências do CMS. A seguir, o Sr. Jorge Fonseca fez uma explanação sobre o TCC de sua pós-graduação em Gestão Pública, que abrange a análise da atuação do CMS e sua contribuição p/ as políticas de saúde do município, e solicitou e após a parceria dos conselheiros, para responderem um questionário e o termo de consentimento p/ participação da pesquisa. O com. Avelino da seguinte a pauta, explicando os assuntos sugeridos. A com. Mabel solicita que sejam colocadas em ata as justificativas das faltas. O com. Avelino aprova p/ justificas a ausência da Com. Janete, que está participando em Brasília da 3ª CN Política Nacional da Mulher, representando o COMDIM. O com. Evlós Khun informa que a cobertura de oncologia no Hospital Nordeste deficiente; e reivindica que seja revista esta situação e que o CMS abraze essa causa. A Com. Cláudia apresenta a nova suplente da ASEOMA, o Pastor Valtério reclama que não foi avisado da troca da data da reunião. Traz novamente o assunto dos ap de HGT do PSF Sede, que estão faltando. Questiona sobre o carro da Social, que levaria os ptes de oftalmo p/ o sistema da Patrulha. A Enfa Elisângela justifica que tentou ligar p/ o celular de Cláudia várias vezes e o mesmo estava fora de cobertura, então mandou a mensagem pelo SMS. A Com. Elaine diz não ter recebido. O sr. Palhaum diz que não está conseguindo parar e

ANEXO C - Regimento Interno da I Conferência Municipal da Saúde de Balneário Pinhal

APRESENTAÇÃO

A I Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, estará acontecendo no dia 04 de agosto, na Câmara de Vereadores, localizada na Av. Itália, 2465, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Conforme orientação nacional, terá como objetivos: 1) avaliar a situação de saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde; 2) definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social; 3) definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS. Deverá abordar como tema central: **Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento**, e como eixos temáticos: 1 - Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI - Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento para efetivação desse direito; 2 - Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida - o SUS no âmbito da seguridade social e Pacto pela vida; 3 - Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Em nossa cidade além das diretrizes apontadas a nível nacional e como decorrência da participação e co-responsabilidade daqueles que se integrarem ao processo de discussão, estaremos discutindo a implementação de um Plano Municipal de Saúde, a eleição de um novo Conselho Municipal de Saúde, bem como a adequação da lei 077/97 à Resolução 333.

Buscando ampliar e/ou resgatar a inserção de um maior número de comunidades ao processo, a Conferência será precedida de ampla divulgação, bem como terá a garantia de transporte às comunidades mais distantes.

Conforme Regulamento, somente serão considerados Delegados da I Conferência, com direito a voz e voto, aqueles que se credenciarem até às 11 horas do dia 04/08/2007.

Portanto, é importante a participação de todos para que elaborem propostas e encaminhamentos que viabilizem políticas públicas mais adequadas a nossa realidade e tornem nosso SUS mais efetivo, mais solidário, mais humano.

1ª Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal-RS

REGIMENTO INTERNO (PROPOSTA)

Capítulo I Da Programação

Art. 1º. - A 1ª Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal, será realizada através de Plenária de abertura/instalação, Protocolo de abertura, Painéis sobre eixos temáticos, Grupos de trabalho e Plenária Final, os quais reger-se-ão pelo presente Regimento Interno aprovado na sua instalação.

Art. 2º. - O credenciamento dos participantes - delegados(as), participantes e convidados(as) - dar-se-á nos dias:

- a) 04 de agosto - Das 9 às 11 hs.

Art. 3º. - Os palestrantes convidados para discorrer sobre o temário nos painéis disporão de 40 minutos para exposição.

Parágrafo 1º. - Após as exposições, a palavra será aberta ao Plenário durante até 20 minutos para questionamentos e contribuições acerca do tema.

Parágrafo 2º. - Será facultado a qualquer participante manifestar-se verbalmente ou por escrito durante o período dos debates, mediante inscrição, em tempo máximo de 3(três) minutos improrrogáveis por intervenção.

Parágrafo 3º. - Não será admitido, sob hipótese alguma, o uso da palavra como forma de Tribuna livre para protestos e/ou reivindicações com conotação político-partidária, divergente da finalidade do evento ou a realização de perguntas ou observações não pertinentes ao tema tratado.

Art. 4º. – As Mesas de Trabalho terão coordenadores indicados pela Comissão Organizadora.

Capítulo II Dos Grupos de Trabalho

Art. 5º. – Cada Grupo de Trabalho será distribuído conforme numeração de 1 a 3 pela Comissão Organizadora por ocasião do credenciamento, respeitado o limite de capacidade dos espaços destinados aos mesmos.

Art. 6º. – Cada Grupo de Trabalho escolherá o seu coordenador(a), cuja função será organizar as discussões sobre os temas propostos e controlar o tempo.

Art. 7º. – Cada Grupo de Trabalho contará com a presença de um Relator(a), cuja função será registrar as discussões e sintetizar as conclusões do grupo e um Facilitador(a), cuja função será estimular a participação de todos(as), pela Comissão Organizadora.

Art. 8º. – Cabe aos Grupos de Trabalho apresentar e aprovar Moções e Propostas, por maioria simples de votos (50% mais um dos votos) dos integrantes do grupo, que serão levadas à Plenária Final.

Art. 9º. – A Comissão Organizadora receberá os Relatórios dos Grupos, acompanhados das Listas de presença e Moções aprovadas pelo GT, até as 15:30 horas do dia 04 de agosto de 2007, quando então reunir-se-á para efetuar a sistematização do Relatório a ser apresentado e votado na Plenária Final.

Capítulo III Das Plenárias

Art. 10 – Os Delegados que quiserem candidatar-se à Delegação para a Conferência Estadual deverão ter preenchido o formulário que está na pasta, até as 11 horas e entregar para a Comissão Organizadora.

Art. 11 – Os Delegados, para fins de eleição à Etapa Estadual, serão divididos(as) em 4(quatro) grupos distintos.

- a) Grupo dos Delegados(as) representantes dos Usuários;
- b) Grupo dos Delegados(as) representantes dos Trabalhadores de saúde;
- c) Grupo dos Delegados(as) representantes do Governo;
- d) Grupo dos Delegados(as) representantes dos Prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo 1º. – O(A) Delegado(a) representa o segmento no qual ele se insere de fato no Sistema de Saúde, não sendo permitida a delegação de representatividade ou inscrição em mais de um segmento.

Art. 12 – O número total de Delegados deverá respeitar a paridade com o segmento Usuário dos demais segmentos, ou seja, 50% serem Usuários, 25% serem Trabalhadores de saúde e 25% Governo e Prestadores de serviços.

Art. 13 – O número de Delegados à 5ª Conferência Estadual de Saúde será de dois (2) Titulares, conforme Resolução do Conselho Estadual de Saúde, podendo ser eleito o mesmo número de suplentes.

Parágrafo 1º. – No caso de vacância do(a) Delegado(a) Titular, o(a) mesmo(a) será substituído(a) pelo(a) Delegado(a) Suplente correspondente.

Capítulo IV
Da Plenária Final

Art. 14 – A Plenária Final é a instância máxima de deliberação, tendo como competência discutir e aprovar o Relatório final da 1ª Conferência Municipal de Saúde, as Moções apresentadas e homologar a representação dos Delegados municipais à 5ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 15 – A apreciação do Relatório Final será encaminhada da seguinte forma:

- a) distribuição de cópias do Relatório sistematizado a partir dos Grupos de Trabalho;
- b) leitura com proposição de destaques aditivos, supressivos ou modificativos;
- c) os pontos que não forem destacados serão considerados aprovados por unanimidade;
- d) os destaques solicitados deverão ser entregues por escrito à Comissão Organizadora até o encerramento da leitura do Relatório, constando o caráter do mesmo (aditivo, supressivo ou modificativo);
- e) os propositores dos destaques terão 3(três) minutos improrrogáveis para a defesa de sua proposição; a seguir será concedido pelo(a) Coordenador(a) da mesa igual tempo a (ao) Delegado(a) ou Participante que desejar manifestar-se contrário à proposição, não sendo permitida réplica;
- f) no caso de apresentação de mais de um destaque no mesmo item do Relatório, será facultado à Comissão Organizadora a solicitação aos propositores de realização de tentativa de consenso a ser apreciada após a apresentação de todas as propostas do eixo temático em discussão. Em não havendo consenso, serão votadas todas as propostas apresentadas;
- g) o(s) destaque(s) então será(ão) colocado(s) em votação, sendo vencedora a proposta que obtiver maioria simples de votos (50% mais um dos votos);
- h) aos participantes da Plenária Final assegura-se o questionamento “Pela ordem” sempre que a critério desses não esteja sendo cumprido o Regimento;
- i) durante os períodos de votação, será vedado o levantamento de “questões de ordem”.

Art. 16 – As Moções apresentadas pelos Grupos de Trabalho serão classificadas e agrupadas por eixo temático, facilitando sua apresentação na Plenária Final.

Parágrafo 1º. – Havendo necessidade, será concedido tempo de manifestação em defesa e contrário a aprovação da Moção apresentada, num limite de 3(três) minutos cada.

Parágrafo 2º. – As Moções serão consideradas aprovadas por maioria simples de votos (50% mais um dos votos).

Parágrafo 3º. – As Moções aprovadas constarão como anexos do Relatório Final.

Art. 17 – Ao final da Plenária, haverá a homologação da Delegação eleita pela 1ª Conferência.

Capítulo V
Disposições finais

Art. 18 – Este Regimento aprovado pela Plenária de instalação da 1ª Conferência Municipal de Saúde terá vigência até o término da Plenária Final no dia 04 de agosto de 2007.

Art. 19 – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, cabendo recurso ao Plenário.
Balneário Pinhal, 04 de agosto de 2007.

ANEXO D - Relatório da I e II Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal

1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO BALNEÁRIO PINHAL

GRUPOS DE TRABALHOS E SEUS ENCAMINHAMENTOS

GRUPO 1

- Contratação de um pediatra e um cardiologista;
- Maiores informações sobre os serviços oferecidos;
- Reuniões do Conselho Municipal de Saúde nos Distritos;
- Aquisição de uma UTI Móvel;
- - Banco de Sangue no ^{em} Município/Hemocentro em Tramandaí;
- Intensificar as visitas das agentes de saúde;
- Boletim Informativo sobre saúde;
- Aumento de recursos financeiros (incentivo) para os profissionais do PSF;
- Aquisição de Aparelho de Raio X e contratação de profissional da área;
- - Cobrar restos a receber do Estado, referente a Operação Verão;
- Cobrar do Estado e da União, os repasses financeiros previstos na Constituição Federal;
- *Cobrar restos a receber do Estado nos diversos programas*

GRUPO 2

- Qualificar o atendimento dos médicos na relação com os pacientes;
 - Capacitação para todos os profissionais da saúde;
 - Conscientização dos usuários quanto a importância de não perder a consulta;
 - Pediatra uma vez por semana, em cada PSF;
 - Mais um Nutricionista para atender a população no controle de peso e prevenção à saúde;
 - Ingresso no serviço de saúde somente através de Concurso Público;
 - - Programas e Palestras para prevenção de doenças;
 - Capacitação para Conselheiros e Gestores municipais;
 - Apoio ao Pacto pela Saúde, com assinatura do município;
 - Formação de uma Comissão, para em 45 dias, implantar um novo Conselho Municipal de Saúde, conforme estabelece a Resolução 333;
 - Implantação dos Conselhos Locais de Saúde;
 - Implantação definitiva do Cartão SUS;
 - Manutenção do Controle de Qualidade de atendimento dos servidores *da* na saúde;
 - Implantar uma Campanha forte de prevenção e erradicação do piolho e bicho-de-pé;
- MOÇÃO: Pela aprovação imediata da EC 29.

GRUPO 3

- Apoiar e participar dos processos de mobilização social junto ao SUS;
 - Representante do Balneário Pinhal no Conselho Regional de Saúde, tão logo seja eleita a nova composição;
 - Escolha de Conselheiros comprometidos e atuantes;
 - Descentralização das reuniões do CMS, sendo uma fixa e outra itinerante;
 - Capacitação dos Conselheiros, com base na LDO do município e Estado;
 - Adequar a composição do CMS ao que estabelece a Resolução 333, de 04/11/2003 (50% usuários; 25% trabalhadores da saúde; 25% gestores e prestadores de serviços), tendo como base 16 membros;
 - Cópia da lista básica de medicamentos, encaminhada ao CMS com os totais utilizados pelos usuários;
 - Maior controle do CMS sobre os repasses de verbas para saúde, com planilha de gastos com 15 dias de antecedência para conferência dos conselheiros;
 - Implementar parceria micro-regional, para atendimento das emergências de transporte por ambulâncias;
 - Pressionar deputados federais, para maior distribuição dos recursos da CPMF, para estados e municípios.
- MOÇÃO: De repúdio ao governo do Estado, que não está repassando os 12% previstos na Constituição Federal.

- HORA DE PACINIS? não foi incluído.

ATA

Aos quatro dias do mês de agosto/2007, na Câmara Municipal de Balneário Pinhal, situada na Av. Itália, 2465, às 8:30, teve início a 1ª Conferência Municipal de Saúde, em atendimento a convocação feita através do Dec. Municipal 021/07, de 27/07/2007, com Edital publicado no Jornal Folha de Palmares. A 1ª Conferência Municipal teve como preparação para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, os seguintes eixos: I – “Desafios para a efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social; III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. Foram convocados e compareceram, representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, gestores municipais e diversas pessoas da comunidade em geral. Na abertura dos trabalhos tivemos a Mesa Diretora com a seguinte composição: Presidente do CMS, Luís Carlos Tondo, Secretário Municipal de Saúde, Luiz Antonio Palharin, ~~Vice-Prefeito~~ ^{Prefeito Municipal em Exercício} em exercício, Vereadoras Carmem Marzola e Márcia Tedesco de Oliveira, representantes do Poder Legislativo, Sr. Luiz Henrique Pereira, representante do Conselho Estadual de Saúde e a Sra. Jurema Bildhauer, representante do Conselho Regional de Saúde. Foi executado o Hino Nacional e fizeram-se ouvir o Presidente do Conselho Municipal de Saúde e o Secretário Municipal de Saúde, que deram por aberta a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Balneário Pinhal. Em seguida, tivemos a primeira palestra, com o Sr. Luiz Henrique Pereira, que abordou a Temática I – Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI; abriu-se um espaço de vinte minutos para a plenária se manifestar e fazer os questionamentos necessários, tirando as possíveis dúvidas. O segundo palestrante, Sr. Milton Kempfer, presidente da FEESERS, que abordou o Eixo II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social, também após a conclusão de seu tema, ficou à disposição da plenária durante aproximadamente vinte minutos para os esclarecimentos ao plenário. Por último, a Sra. Zilma Martins Chaves, representante do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antonio da Patrulha, falou sobre o Eixo III – A participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. Da mesma forma, após sua explanação, foram concedidos aproximadamente vinte minutos para esclarecimentos e dirimir possíveis dúvidas. Em seguida, foram interrompidos os trabalhos, para o intervalo de almoço. No período da tarde, após sorteio, foram formados três grupos de trabalho, tendo como referências os Três Eixos Temáticos, com um tempo estabelecido para o trabalho em grupo e, logo após, a apresentação pelos relatores, enquanto a sistematização era providenciada

pela Secretaria dos Trabalhos com o apoio da Prefeitura. Cada grupo, através do seu relator, fez a apresentação de suas proposições, tendo os pontos polêmicos como destaques e votados separadamente. As proposições e moções aprovadas pela 1ª Conferência Municipal de Saúde, em anexo, deverão constar do material a ser enviado ao Conselho Estadual de Saúde, dentro do prazo estabelecido. Como última atividade do dia, iniciou-se a escolha dos Delegados para a 5ª Conferência Estadual de Saúde, que será realizada em Porto Alegre, no mês de outubro de 2007. A composição do Balneário Pinhal, ficou assim constituída: Avelino Ramos Rodrigues, representante dos usuários, como titular, e Luiz Carlos Tondo, também dos usuários, suplente; Isabel Cristina Brilhante Ballejo, representante dos trabalhadores da saúde, como titular, e Joslaine H. M. Roos, representante do gestor público, como suplente. Após a escolha dos Delegados e a leitura e aprovação dos eixos temáticos, foi encerrada a Conferência e mandada lavrar a presente Ata, assinada pelo Secretário dos Trabalhos, Carlos Edmundo Kuhn, e pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Luiz Carlos Tondo.

**RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BALNEÁRIO PINHAL-RS**

09 e 10/07/2011

PROPOSTAS APROVADAS

1 - Acesso e Acolhimento:

- ampliar a cobertura da atenção primária (mais postos de saúde) e rede especializada, através de serviços prioritariamente públicos; instalar 4ª equipe;
- funcionamento da Farmácia de segunda a sexta-feira; nos sábados, domingos e feriados, seja mantida com o enfermeiro (a) de plantão, uma reserva para as emergências;
- instalar redes de serviços substitutivos em saúde mental, dependência química – álcool e outras drogas;
- instalar serviços e centros especializados odontológicos;
- implantar a política de reabilitação física e psicossocial inclusiva;
- ampliar a rede de atenção especializada para atendimento aos agravos relacionados ao trabalho;
- implantar, de forma regionalizada, práticas integrativas complementares (acupuntura, homeopatia, fitoterápicos); NASF;
- adequar as plantas físicas dos serviços de saúde para acesso adequado de idosos e pessoas com deficiência;
- instituir campanha de combate à discriminação de todos os tipos;
- desburocratizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (postos, farmácias, etc.);
- implantar de forma plena a Política de Humanização do SUS;
- mais equipes especializadas – cardiologista, pediatria;
- saúde mental – CAPS, fazenda terapêutica.

2 – Gestão, financiamento e relação público x privado:

- cumprir e reconhecer a Emenda Constitucional 29, que define recursos para o SUS;
- criar a Carreira Única da Saúde, dentro do Regime Estatutário;
- criar o Serviço Civil em Saúde (estabelece que profissionais de saúde graduados em universidades públicas devem, depois de concluir o curso, trabalhar por um tempo no SUS;
- profissionalizar a gestão da saúde, com qualificação compatível com as atribuições do cargo;
- regrar a utilização dos recursos federais (menos burocratizado e engessado) e garantir o seu uso, para não ser devolvido;
- instituir mecanismos para fiscalizar o cumprimento das metas de prestadores de serviços;
- estabelecer teto financeiro para os hospitais públicos, com contrato de metas, incluídos no teto dos municípios e estados;

- exigir o ressarcimento pelos planos privados dos atendimentos feitos pelo SUS;
- exigir o atendimento 100% SUS pelos hospitais universitários públicos;
- instituir financiamento específico para o custeio de pessoal;
- reajuste do Piso de Atenção Básica nacional para todos os municípios e constituição de um Piso da Atenção Básica estadual;
- profissionalizar a administração e gestão do SUS;
- flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal para o campo da saúde (combater a terceirização e precarização da gestão do trabalho);
- criar a Lei de Responsabilidade Sanitária (definir obrigações administrativas do agente público e conseqüente punição).
- regionalização da saúde, com financiamento para os hospitais, dividindo suas especialidades.

3 – Participação da Comunidade no Controle Social

- garantir a autonomia política e financeira dos conselhos de saúde, assegurando a estrutura de financiamento; colocar na LDO rubrica contábil para o CMS;
- respeitar e garantir as ações e deliberações dos conselhos de saúde;
- mais investimentos na capacitação de conselheiros de saúde;
- desenvolver processos de comunicação para melhor difundir o SUS; implantar a rede de comunicações entre os postos;
- implantar Conselhos Locais de Saúde em toda a rede ambulatorial e Conselhos Gestores em todos os hospitais e postos 24 horas;
- pactuar as metas aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde;
- divulgar em portais de transparência as auditorias realizadas pelos órgãos de controle interno e externo, demonstrados inclusive os recursos destinados às entidades filantrópicas.
- divulgar nos meios de comunicações: jornais, rádio comunitária, etc.; as ações de saúde no SUS, como Farmácia Popular e outras;
- Formar a Comissão Temática da Mulher nos CMS;
- Defesa intransigente do controle social do SUS;
- Não à privatização;
- Não à Fundação Pública de Direito Privado;
- Não as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs);
- Não a MP 520/2010 que autoriza a criação da empresa brasileira para gerir os hospitais universitários;
- Pela troca imediata do Ministro da Saúde da presidência do CNS, devendo, este cargo ser ocupado por um representante do segmento USUÁRIOS;
- Contra todo e qualquer tipo de corrupção na área da saúde; que todo envolvido (empresas ou indivíduos), seja afastado dos cargos tão logo se constate a ilegalidade; confisco dos

bens e bloqueio das contas; quebra de sigilo bancário; que o crime de corrupção na saúde passe a ser inafiançável;

- repúdio total contra qualquer tipo de fechamento de hospitais; que o governo federal nomeie um interventor de seus quadros, enquanto durar o processo, sem que haja nesse período solução de continuidade ao atendimento dos usuários do SUS.

DELEGAÇÃO ELEITA PARA A ETAPA ESTADUAL

- Avelino Ramos Rodrigues – USUÁRIO (Titular)
- Janete Ramalho Rodrigues – USUÁRIO (Suplente)
- Maria da Graça dos Santos Jacinto Pereira – USUÁRIA (Titular)
- Ana Lúcia Pereira da Silva – USUÁRIA (Suplente)
- Isabel Cristina Ballejo – GESTOR (Titular)
- Elisangela Gonçalves Mendes – TRABALHADOR DA SAÚDE (Titular)

Balneário Pinhal, 24 de Agosto de 2011.

Luiz Carlos Tondo

Presidente do CMS de Balneário Pinhal.