UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

ADILSON SOBIRAI

PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPUCAIA DO SUL/RS

Porto Alegre
2019

Adilson Sobirai

PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPUCAIA DO SUL/RS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores.
Tutor: Me. Bruno Silva Kauss

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
Diretor: Prof. Dr.Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S677p Sobirai, Adilson

Participação Popular no Sistema Único de Saúde – SUS: Gestão no Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/ RS / Adilson Sobirai. – 2019.
34 f.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,2017.

1. Gestão em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Sapucaia do Sul. I. Flores, Rafael Kruter, orient. II. Kauss, Bruno Silva, coorient. III. Título.

Escola de Administração da UFRGS
Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Adilson Sobirai

PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPUCAIA DO SUL/RS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

_____
Examinador(a): Nome e Sobrenome

_____
Examinador(a): Nome e Sobrenome

_____
Orientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

Introdução: Os conselhos e as conferências de saúde se constituem para o exercício da participação popular e do controle da sociedade nas decisões ligadas a implantação das políticas de saúde nas três esferas governamentais. A sociedade tem o direito e o dever de participar na gestão do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde, reforçando a democracia e mantendo a saúde como direito integral e um dever do estado. Objetivo: analisar os problemas expostos pela comunidade e conhecer quantos destes foram resolvidos pelo Conselho. Método: foram extraídos os dados das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul do período de três meses, com início a partir de janeiro de 2019. Método: Trata-se de uma pesquisa que se caracteriza como descritiva e exploratória, por meio da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso, realizado em um Conselho Municipal de Saúde. Resultados: O Conselho Municipal de Saúde não tem espaço próprio para as reuniões e nem um local apropriado. A atividade dos conselheiros de saúde, assim como os demais membros do conselho, é uma função secundária, não que seja irrelevante, mas o tempo ao conselho fica reduzido. A saúde está atualmente num patamar de alto investimento, principalmente pelas esferas federal e estadual. Nisto, o conselho de saúde tem papel relevante, pois não fica somente no poder do gestor municipal fazer a gestão tanto dos recursos quanto da definição das prioridades em saúde. Conclusão: Nesta ótica, o conselho vem a ser o instrumento que vai representar o interesse da coletividade, mas para isso necessita ter acesso e utilizar as tecnologias de gestão que estão disponíveis na atualidade.

Palavras-chave: Participação Popular, Conselho de Saúde, SUS, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Health councils and conferences constitute the exercise of popular participation and society control in decisions related to the implementation of health policies in the three governmental spheres. The society has the right and the duty to participate in the SUS' management, through the Health Councils, strengthening democracy and maintaining health as an integral right and a duty of the State. This research is characterized as descriptive and exploratory, through the collection and analysis of secondary data of documentary nature, using sources or documents written and recorded in a free access public database, carried out in a Municipal Council of Health. Objective: to analyze the problems exposed by the community and to know how many of these were solved by the Council. Method: Data were extracted from the meetings minutes' of the Municipal Health Council of Sapucaia do Sul for the period of three months, starting from January 2019. Results: The Municipal Health Council does not have proper space for meetings or an appropriate place. The activity of health counselors, as well as other board members, is a secondary function, not that it is irrelevant, but the time to the board is reduced. Health is currently at a high investment level, especially at the federal and state levels. This being said, the health council has a relevant role, because it is not only the power of the municipal manager to manage both the resources and the definition of health priorities. In this perspective, the council becomes the instrument that will represent the interest of the community, but for this it needs to have access and to use the management technologies' that are available now.

Keywords: Popular Participation, Health Council, SUS, Health Management.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	CONTEXTO	10
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	20
4	OBJETIVOS	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Na década de 70 ocorreu no Brasil um processo desencadeado pela sociedade civil denominado movimento da Reforma Sanitária, configurado como um fenômeno sócio histórico no contexto da luta contra a ditadura. A Reforma Sanitária se referia ao conjunto de ideias que se tinha em relação às necessidades de mudanças necessárias para transformar todo o sistema de saúde do Brasil, em busca da melhoria das condições de vida da população e muitos atores da sociedade participaram em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Tornando-se um projeto audacioso a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, com mais de 4000 mil brasileiros que tinham como objetivo uma saúde justa e digna a todos. Sendo formalizado na Constituição Federal de 1988 - os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) - estabelecem a saúde como um direito universal, igualitário, com atendimento integral e, que a organização deste sistema de saúde seja envolvida pela participação da comunidade (SANTOS, 2016; BRASIL, 1988).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde participaram os profissionais: técnicos do setor de saúde, gestores e integrantes da sociedade, entre outros; definindo a saúde como o resultado das condições de: alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades existentes na sociedade, propondo um modelo de proteção social que garanta o direito de atendimento integral à saúde, reforçando um processo de conscientização nacional sobre seus direitos à saúde (AROUCA, 1986). Sendo produto desta conferência o princípio da cidadania que está na Constituição Federal desde os artigos 196 ao 200, onde descreve as leis bases da saúde em nosso país (BRASIL, 1988).

Os serviços em saúde no Brasil tiveram uma mudança significativa através da Constituição Federal em 1988, com a criação do o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela Lei 8080/90. A Constituição determina que o SUS seja financiado pelas três esferas de governo - federal, estadual e municipal – com a forma de gestão tripartite, uma gestão com fluxo descentralizado. Por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde que seja avaliada a situação de saúde da população e, que sejam propostas as diretrizes e estratégias nas formulações e nas execuções das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo homologadas pelo chefe do poder de cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

A participação da sociedade, no setor da saúde, ao longo dos anos passou por muitas mudanças. As políticas de saúde são um exemplo do resultado destas mudanças, pois, mostram uma participação popular ativa, qualificada, resultando em uma participação social presente.

Os conselhos e as conferências de saúde se constituem para o exercício da participação popular e do controle da sociedade nas decisões ligadas a implantação e/ou implementação das políticas de saúde nas três esferas governamentais. A sociedade tem o direito e o dever de participar na gestão do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde, reforçando a democracia e mantendo a saúde como direito integral e sendo um dever do estado. É valiosa e extensa a atuação dos conselhos de saúde que auxiliam nas decisões sobre os repasses dos recursos financeiros estaduais e federais à saúde, em especial aos municípios. Para receberem recursos da União - os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com um fundo de saúde, um conselho de saúde, um plano de saúde, um relatório de gestão e controle, um orçamento e um plano de carreira dos profissionais de saúde; caso contrário, os municípios não receberão os recursos da União (BRASIL, 2013).

A participação da população é regulamentada pela Lei 8142/90, que se expressa pela participação nos Conselhos de Saúde locais, municipais e estaduais e, nas Conferências de Saúde e são os principais espaços da participação popular e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em cada esfera do governo (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes com o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passa a ser um direito universal, igualitário e de fácil acesso a população em todo o território brasileiro (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990). Segundo o Ministério da Saúde a participação social é um dos cinco princípios da democracia e, as conferências e os conselhos de saúde são as formas mais importantes de participação da sociedade no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

O Conselho de saúde é um Órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e uma infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento. Quem faz parte desse colegiado são os representantes do governo, dos usuários do SUS, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços de saúde. O segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do conselho de saúde são usuários do SUS, 25% são profissionais de saúde e os outros 25% são gestores e prestadores de serviço. Qualquer pessoa pode presidir o conselho de saúde, desde que seja escolhido pela

comunidade por meio de votação. O Conselho atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho analisa e aprova o plano de saúde, o relatório de gestão e, informa a sociedade sobre a sua atuação (BRASIL, 2013).

Este estudo foi importante para que seja conhecido o resultado das atividades de um Conselho Municipal de Saúde, através da análise dos problemas expostos pela comunidade e, conhecer quais foram resolvidos. Pois, a participação popular está assegurada pela constituição federal, como membro presente e atuante do sistema de saúde brasileiro. O Conselho de Saúde exerce um papel importante na estrutura da secretaria de saúde dos municípios, estados, distrito federal e da União (BRASIL, 2013).

Para esse estudo coletou-se os dados extraídos das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, no período de 3 meses (de janeiro a março de 2019). Esses dados foram tabulados visando quantificar e qualificar as solicitações e/ou as decisões tomadas pelo conselho - fazendo uma divisão categórica através da numeração das solicitações aprovadas e as não aprovadas, verificando se houve uma justificativa para a não aprovação, caso esta conste nas atas das reuniões subsequentes - referente às inquietudes ou mudanças necessárias na saúde de Sapucaia do Sul, que foram registradas durante as reuniões do conselho.

Assim, ao interpretar as informações coletadas, se produz o entendimento de como ocorre a interação em todo o sistema de saúde. Portanto, o resultado dessa pesquisa pode auxiliar na formulação e na definição das prioridades de estratégias em saúde, podem melhorar a forma de aplicação dos recursos e dos investimentos em saúde. Conforme Dias (2015): “a importância dos resultados para o conselheiro de saúde é relevante pois, saber como coletar, analisar e, a partir disso decidir as possíveis estratégias de ação, enobrece cada vez mais as decisões que envolvem os serviços de saúde” (DIAS, 2015).

Dessa forma, estudou-se como a comunidade utiliza os seus direitos e deveres através das decisões do conselho municipal de saúde. Por isso, a questão que se colocou para guiar essa pesquisa foi: Como, ao longo dos anos, o Conselho de Saúde de Sapucaia do Sul tem beneficiado a comunidade Sapucaiense através da participação social?

2 CONTEXTO

2.1 Sapucaia do Sul

Segundo o censo do IBGE de 2015, o município Sapucaia do Sul possui uma área de 58,309 km², e uma população de 138.357 habitantes, denominados sapucaienses. De acordo com o último levantamento do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Sapucaia do Sul está situada na faixa Desenvolvimento Humano Alto, com IDHM entre 0,700 e 0,799. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,150), seguida por Longevidade e Renda. O município está a 25 km da BR 290 e, situa-se nos mercados produtores e consumidores de maior riqueza do Rio Grande do Sul. Sapucaia é exposta ao fluxo da BR 116 e BR 448, da RS 118, ligando-se aos importantes polos industriais de Gravataí, Cachoeirinha e Porto Alegre. A cidade conta com uma boa estrutura industrial e cultura operária, fatores que beneficiam a instalação de indústrias e de serviços. Destaques para as áreas da siderurgia, metalurgia, bebidas e fios têxteis (SAPUCAIA DO SUL, 2018).

Sapucaia do Sul tem 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 20 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) – Melhor em Casa. Estes serviços de saúde são administrados diretamente pela secretaria municipal da saúde. O Hospital Municipal Getúlio Vargas (HMGV), fundado em 1970, é a única instituição hospitalar de Sapucaia do Sul. Desde junho de 2010, através da Lei Municipal Nº 3.224, alterou sua personalidade jurídica passando a se configurar como fundação pública de direito privado. O HMGV dispõe de 175 leitos e oferece atendimento nas especialidades de: clínica médica, traumatologia, cirurgia geral, neurologia, neurocirurgia, pediatria, obstetrícia, saúde mental e unidade de terapia intensiva adulto e pediátrico. Realiza aproximadamente 6 mil atendimentos por mês na Emergência e 850 internações nas diversas especialidades. Administrado pela Fundação Hospitalar Getúlio Vargas (FHGV), juntamente com mais 04 unidades de saúde, que são:

- A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas - que tem capacidade para atender 300 pessoas por dia. Sendo uma unidade de porte II. Atende urgência e emergência e conta com serviços de enfermagem, raio-x e coleta para exames de análises clínicas;

- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Sapucaia do Sul, conta com uma média mensal de 295 atendimentos;

- O Ambulatório de Especialidades que disponibiliza à comunidade 24 tipos de especialidades: Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Medicina Interna, Neurologia, Neurologia Pediátrica, Nutrição, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Pneumologia Pediátrica, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia. A média mensal é de aproximadamente 2.500 consultas especializadas e;

- A Cínica de Saúde da Mulher (CLISAM), que tem como objetivo oferecer cuidado multiprofissional e recursos adequados às usuárias do SUS que são identificadas pela Atenção Básica e pela Central de Regulação do município. Na CLISAM são realizados os atendimentos as gestantes de alto risco (ou que necessitem de avaliação especializada) e às demais questões relacionadas à saúde da mulher. Foram 12.013 atendimentos realizados de junho de 2017 até final de maio de 2018, entre consultas e exames nos segmentos de obstetrícia, ginecologia geral e cirúrgica, enfermagem, nutrição e ecografia (FHGV, 2018).

Sapucaia do Sul, por meio da Lei Ordinária nº 3.495, de12 de novembro de 2013, teve por objetivo reestruturar o Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, instituído pela Lei Municipal nº 2.342 de 30 de janeiro de 2001 e, regulado pela Lei Municipal nº 3.227 de 28 de junho de 2010. O Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, instância colegiada de controle social do SUS, tem funções deliberativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação das políticas públicas de saúde na área de abrangência do Município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros e, elabora reuniões mensais que ocorrem na primeira semana do mês (SAPUCAIA DO SUL, 2018).

2.2 Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização do setor. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social.

O Decreto n.º 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Essa

legislação fixou na composição do CNS entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários do SUS ficaram com 50% das vagas no conselho, e os outros 50% foram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. A composição do CNS de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária aprovou a Resolução n.º 333 de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para: a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Na ocasião foi mantida a composição dos conselhos de saúde como propôs a Resolução n.º 33 de 1992, a qual reafirmava a paridade e a composição entre os segmentos (BRASIL, 2018)

Uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006 quando foi publicado o Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu Presidente; cargo até então ocupado pelo Ministro da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde (BRASIL, 2018).

2.3 Conselhos de Saúde

No período anterior a 1990, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros foram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24. O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27 (BRASIL, 2018).

Em um segundo momento, a atuação do Conselho foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Nessa fase, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e caberia ao Conselho "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação". Na década de 1970 surgiu com grande força o movimento de reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização. Aumentou, assim, o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do Brasil. Foi então que começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social. Em 1987, foi publicado o Decreto n.º 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde. Era composto por 13 membros indicados pelo governo e sete representantes da sociedade civil - "personalidades de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde" (BRASIL, 2018).

Para entendermos o conceito, diretrizes, organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, órgão subordinado ao Ministério da Saúde, aprovou a Resolução 453, de 10 de maio de 2012 e, é com base nesta resolução que se fazem alguns apontamentos referentes a tais Conselhos. Também devem servir de base para um entendimento mais amplo do assunto, as leis: 8.080, de 19 de setembro de 1990, 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006 a Resolução do CNS 333/03 e a resolução 453/12 que revoga a 333/03 (MEDEIROS, 2016).

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90 e são espaços instituídos de participação da comunidade nas política públicas e na administração da saúde. Conforme mostra o quadro 1 abaixo:

Quadro 1- Caráter do Conselho de Saúde

Conselho de Saúde e suas Características	
CARÁTER PERMANENTE	o conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto
CARÁTER DELIBERATIVO	Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão
ÓRGÃO COLEGIADO	Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. Os conselhos de saúde são compostos por: a) representantes dos gestores (do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal); b representantes dos prestadores de serviço (instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas); c) representantes dos trabalhadores de saúde (sindicatos e conselhos dos profissionais da área de saúde); d) representantes dos usuários de saúde (associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias etc.). O usuário é aquele que não está comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde

Fonte: (BRASIL, 1990), elaborado pelo autor.

A inserção da participação social nos conselhos de saúde é uma estratégia que objetiva abrir à sociedade civil organizada as portas do SUS criando uma cultura política participativa, sendo a equidade, integralidade e a universalidade os princípios fundamentais da saúde prestada à população brasileira (LABRA, 2002; SOUZA, 2012).

A legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

As vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% para as entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% para as entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e; c) 25% para a representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, com ou sem fins lucrativos. As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados por escrito conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra a renovação de seus representantes (BRASIL, 2018).

Em 2007 todos os municípios brasileiros possuíam conselhos de saúde: desta forma são 5.565 conselhos municipais e 27 estaduais, cerca de 87 mil conselheiros, de acordo com a pesquisa Perfil de Conselhos de Saúde no Brasil, projeto da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (CARDOSO, 2011 apud SOUZA, 2012, p. 15).

As três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico". Uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, sendo os espaços instituídos de participação da comunidade nas Políticas Públicas e na administração da saúde. A legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados (BRASIL, 2012).

Os conselhos têm como desafio o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos munícipios e estados, precárias condições operacionais e de infraestrutura, falta de regularidade de funcionamento, falta de transparência nas informações de gestão pública e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representantes (MEDEIROS, 2011).

No quadro 2 – Competência dos Conselhos de Saúde - está descrito dez competências/diretrizes diretamente ligadas à participação popular nos Conselhos de Saúde, elas são descritas na integra por meio da resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, definindo a criação, reformulação, estruturação, funcionamento, competências e composição dos conselhos de saúde. Contemplada pelo decreto 7508/2011 e lei 141/2012.

Quadro 2 - Competência dos Conselhos de Saúde

I - fortalecer a participação e controle social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;
VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;
VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;
XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;
XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;
XVII - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;
XIX - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;
XXV - Deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS

Fonte: BRASIL (2012), elaborado pelo autor.

No quadro 3 – Conselhos de Saúde na Atualidade - está relatado o que mudou na Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que substituiu a resolução 333/2003, descrevendo: as atribuições, tempo de mandato, renovação de entidades, responsabilidades, participação da sociedade, orçamento, *quórum*, competências e, as informações no banco de dados.

Quadro 3 - Conselhos de Saúde na Atualidade

TEMA	O QUE MUDOU
Atribuições	Em 2012 foram reformuladas as diretrizes dos Conselhos de Saúde e foram incluídas as atribuições previstas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde. Assim, os conselhos poderão avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, irão examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.
Mandato	De acordo com a nova versão, o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.
Renovação de entidades	A recomendação explicitada no novo texto é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.
Responsabilidades	A atualização do texto deixou explícito que, no exercício de sua função, o conselheiro deve estar ciente de que, responderá conforme legislação vigente por todos os seus atos.
Participação da sociedade	As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.
Orçamento	O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento, não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.
Quórum	A nova redação esclarece os conceitos de maioria simples (o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes), maioria absoluta (o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do conselho) e maioria qualificada (2/3 do total dos membros do conselho) de votos para tomada de decisão do CNS.
Competências	A adequação das competências dos conselhos ao que está previsto no atual regimento do Conselho Nacional de Saúde, também foi explicitada no novo texto.
Banco de dados	Compete ao próprio conselho, atualizar periodicamente as informações sobre o conselho de saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Fonte: (MEDEIROS, 2011), elaborado pelo autor.

A participação do povo na formulação e no controle da política pública de saúde por meio dos Conselhos de Saúde é um legítimo exercício da democracia. É preciso valorizar esse espaço e, é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê em seu estado ou município de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir de pré-conferências

em bairros, regiões ou distritos e, que dessas reflexões surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010).

Vê-se que, de uma forma ou de outra, a população do estado ou do município deve estar representada no conselho. Dessa forma as decisões podem ser mais democráticas (BRASIL, 2010).

No âmbito do Município temos o Conselho Municipal de Saúde, constituído e formalizado em Lei de iniciativa do Prefeito, aprovada pela Câmara de Vereadores. Observada a prescrição do artigo 5º, inciso II da CF/88. os dispositivos da Lei Federal 8142/90, nota-se que as atividades do Conselheiro de Saúde têm, no atual ordenamento jurídico, características importantes e essenciais para a utilidade e interesses públicos, sendo, por isso, consideradas gratuitas e não remuneradas pelo Estado. A organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde devem estar especificados no seu Regimento Interno, que é elaborado pelos Conselheiros e aprovado em reunião plenária do Conselho, em consonância com a legislação vigente e as portarias e resoluções emanadas do Ministério da Saúde. Qualquer alteração deve seguir o mesmo procedimento (BRASIL, 1990).

2.3.1 O Conselho de Saúde de Sapucaia do Sul

O Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul tem sua sede na rua São Cristóvão, 34. Desde março de 2017 são 20 conselheiros, sendo 10 representantes titulares e suplentes dos usuários do SUS; 5 titulares e suplentes do Governo Municipal e prestadores de serviços e, 5 representantes titulares e seus suplentes, dos profissionais de saúde (SAPUCAIA DO SUL, 2018)

O Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul é uma instância colegiada de controle social do SUS, e tem funções deliberativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação das políticas públicas de saúde na área de abrangência do Município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Cabe ao conselho deliberar, acompanhar e controlar a movimentação e o destino dos recursos orçamentários, por parte do gestor municipal de saúde, além de definir critérios e aprovar previamente os instrumentos formais de pactuação para celebração de contratos, convênios e consórcios do Município com entidades públicas ou privadas, em caráter complementar, para prestação de serviços em saúde, entre outras atribuições.

As reuniões são mensais, nas quais comparecem os representantes da secretaria municipal de saúde, da Fundação Municipal Getúlio Vargas, os Conselheiros locais de saúde

representando a sua comunidade, os representantes de ONGs (como a Associação Casa de Passagem de Sapucaia do Sul - ACAPASS), de associações (como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE e a Associação Rural de Sapucaia do Sul), sendo uma reunião aberta ao público que tiver interesse.

2.4 PARTICIPAÇÃO POPULAR

A participação da sociedade também auxilia no Controle Social na elaboração, implementação e fiscalização de Políticas Públicas (MIRANDA et al, 2013; BRAVO, OLIVEIRA, 2002).

No que diz respeito às Políticas Públicas de Saúde, a Lei Complementar 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é um marco neste processo e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Através desta lei os Conselhos de Saúde assumem um papel protagonista na atuação, planejamento e controle da execução de políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990).

O papel das Conferências de Saúde junto aos Conselhos se tornam instrumentos legais para que a sociedade participe nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) dos processos decisórios e deliberativos na área da saúde. Tanto os Conselhos quanto as Conferências são condições essenciais e obrigatórias para o funcionamento do SUS. Inclusive, o município pode sofrer penalizações, como o bloqueio de repasse de verbas por parte do Governo Federal se o Conselho de Saúde não existir ou atuar irregularmente. Nesta direção os conselhos de saúde se tornaram fóruns democráticos de inclusão e gestão social. A população, sob a perspectiva da participação popular, adquire a condição de sujeito da política de saúde a medida que se torna o agente ativo da sua produção (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013).

Pesquisadores e estudiosos apresentam inúmeros dados de como tem sido insuficiente a simples institucionalização dos Conselhos para uma democratização mais ampla das políticas públicas (MOREIRA e ESCOREL, 2009; SANTOS et. al., 2011; STOTZ, 2006).

Dentre os inúmeros problemas apontados, pode-se destacar: problemas com autonomia e organização, estrutura física, política clientelista, influência político partidária, baixa qualificação técnica dos conselheiros representantes da sociedade civil, até mesmo falta de interesse da sociedade em geral (MEDEIROS, 2011).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipologia da Pesquisa

A metodologia científica pode ser estabelecida entre o pesquisador e o objeto estudado, sendo uma relação de apropriação. A metodologia resulta num conjunto de procedimentos utilizados pelo pesquisador na busca do conhecimento, sendo estes procedimentos que garantem a legitimidade das informações obtidas (GIL, 2010).

Conforme Gil (2010, p. 26), o tipo de pesquisa pode ser classificado com base em seus objetivos gerais, em três grandes grupos: “pesquisa exploratória, descritiva e explicativa”. Estes três tipos de pesquisa dão uma forma conceitual ao estudo acadêmico.

a) Pesquisa descritiva: não procura demonstrar simplesmente a relação entre os fatos, mas sim determinar a natureza entre os fatos. Gil (2010, p. 28), aborda que “também são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre as variáveis [...]”.

Essa pesquisa se caracteriza como quantitativa-qualitativa, descritiva, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso.

Abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto na coleta de dados e no tratamento das informações coletadas através de recursos numéricos ou estatísticos. Tendo a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análises e interpretação, possibilitando, uma margem de segurança. É comumente utilizada nos estudos exploratórios, descritivos e analíticos, ou seja, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (ANDRADE, 2011).

Os estudos descritivos se propõem a investigar o que é, a descobrir as características de um fenômeno como tal. Os estudos analíticos, que procuram investigar a correlação entre variáveis, buscam especificar o grau pelo qual diferentes variáveis estão relacionadas, com vistas a entender o modo pelo qual as variáveis estão operando. Os estudos quantitativos pressupõem como requisito, o estabelecimento de hipóteses que se desdobram em variáveis e estas, por sua vez, em indicadores Na medida em que o pesquisador escolhe o seu objeto de pesquisa, com base nas suas vivências, interesses e afinidades, o objeto de pesquisa já é algo conhecido, portanto, sobre ele o pesquisador já tem opiniões que direcionam o desenho e o tratamento que terá a pesquisa realizada (ANDRADE; 2011).

A abordagem qualitativa não emprega instrumental estatístico para o processo de análise de um problema. Na abordagem qualitativa não se pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. Utiliza-se a abordagem qualitativa por ser mais apropriada à compreensão de alguns fenômenos de natureza mais subjetiva e por se entender que existem domínios quantificáveis e outros qualificáveis. A priorização do desenho depende, assim, da natureza do problema ou fenômeno que se quer analisar. A abordagem qualitativa é comumente utilizada nos estudos que avaliam a experiência humana, que exploram a cultura, que relatam experiências de vida ou que estudam casos. Andrade diz que a abordagem qualitativa não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado; deve ter como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade (ANDRADE, 2011).

Observa Gil (2010, p. 25) que o pesquisador para buscar mais informação pode assumir um papel de direcionar o aprendizado via a pesquisa, desenvolvendo a capacidade de observar, relacionar, organizar e usar o senso crítico sobre a realidade em estudo.

Os métodos definidos acima facilitam a análise dos dados, a compreensão e a interpretação, gerando ao pesquisador uma gama de informações, para consequentemente comparar a teoria existente com a prática vivenciada no âmbito do referido Conselho de Saúde.

3.1.2 População e Amostra

As informações para o desenvolvimento desta pesquisa foram coletadas por meio da leitura e da análise das atas das reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul no primeiro trimestre de 2019. Ou seja, foram analisados três meses de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo conselho de saúde. Também foram coletadas as informações necessárias no sítio da Prefeitura do Município e, de informações recebidas do próprio CMS.

3.1.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados

Os dados inicialmente foram extraídos das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul no período de 3 meses (de janeiro a março de 2019). Esses dados foram tabulados visando quantificar e qualificar as solicitações/decisões tomadas pelo conselho. A intenção da pesquisa era a de se fazer uma divisão categórica através da numeração

das solicitações feitas pela comunidade: resolvidas e as não resolvidas. Após, de verificar se houve uma justificativa para a não resolução -caso essa constasse nas atas das reuniões subsequentes - referente às inquietudes ou mudanças necessárias na saúde de Sapucaia do Sul, registradas durante as reuniões do conselho.

No entanto, ao se analisar as Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS, constatou-se que as mesmas não continham informações suficientes acerca das demandas em saúde que foram geradas pela participação popular. Sendo praticamente impossível realizar a pesquisa desejada pela superficialidade das informações. Como o referido conselho não possui um sítio próprio na internet para publicizar essas questões, o estudo acabou tomando outro rumo e, os objetivos iniciais foram modificados, consequentemente, os dados coletados para o estudo foram em relação a estrutura física e organizacional do conselho em questão. Mais especificamente uma descrição sobre a estrutura física do Conselho Municipal de Saúde, da forma da organização administrativa e de participação dos membros do CMS.

3.1.4 Organização e Apresentação e Análise dos dados coletados

O primeiro recurso adotado na consolidação dos dados quantitativos é a codificação, na qual os dados brutos são transformados em quantidades, para que possam ser tabulados e contados. Para se descrever graficamente um conjunto de dados observados, é necessário verificar as frequências dos diversos valores referentes a uma dada variável. Define-se a frequência de um dado valor de uma variável (qualitativa ou quantitativa) como o número de vezes que esse valor foi observado. Define-se a frequência relativa ou proporção de um dado valor de uma variável (qualitativa ou quantitativa), como o quociente de sua frequência pelo número total de elementos observados. Além da descrição gráfica, muitas vezes é necessário registrar certas características das distribuições de frequências, através das medidas de posição e de dispersão, que servem para localizar as distribuições e caracterizar sua variabilidade (ANDRADE; 2011).

As atas recebidas foram lidas observando as demandas: aprovadas, não aprovadas ou pendentes assim como a descrição que constava sobre cada demanda; a classificação das reuniões - se ordinária ou extraordinária e, o número de conselheiros presentes.

As etapas foram realizadas na seguinte ordem:

1) Leitura das atas e extração dos dados importantes ao estudo;

2) Elaboração de tabela em Word com as seguintes informações: a data das reuniões; as demandas aprovadas, não aprovadas ou pendentes; a classificação da reunião e, o número de conselheiros e número de visitantes;

3) Após foram transcritos os dados para esta tabela, os quais são relatados na continuidade deste estudo.

4) Como os dados acima citados foram insuficientes para se realizar uma pesquisa aprofundada sobre a participação popular no CMS através das demandas registradas nas Atas publicadas pelo CMS, iniciou-se uma análise da estrutura física e organizacional do mesmo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a estrutura física e organizacional do Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever a estrutura física do Conselho Municipal de Saúde;
b) Descrever a organização administrativa do conselho Municipal de Saúde;
c) Descrever a forma de participação dos membros do CMS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

A saúde está atualmente num patamar de alto investimento, principalmente pelas esferas federal e estadual. Nisso o conselho de saúde tem papel relevante, pois não fica somente no poder do gestor municipal fazer a gestão tanto dos recursos como a definição das prioridades em saúde. Nesta ótica, o conselho vem a ser o instrumento que vai representar o interesse da coletividade, mas para isso necessita ter acesso e o uso da tecnologia de gestão que estão disponíveis na atualidade. Nenhuma ata relatou algum tipo de consulta ao Ministério da Saúde ou a algum site informativo ligado ao Ministério da Saúde.

A fins de informação para essa pesquisa, constatou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul tem a sua sede na Rua São Cristóvão, 34, Bairro Freitas, Sapucaia do Sul. O mesmo endereço da Secretaria municipal de Saúde. Ou seja, o Conselho não possui um local próprio para realizar as suas reuniões, nem secretaria.

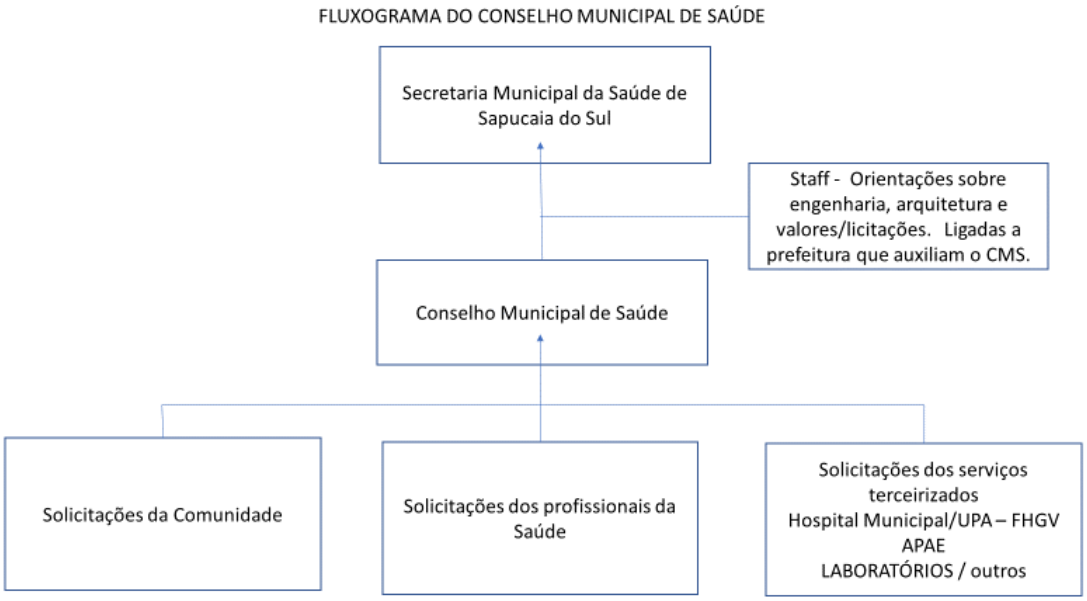
Por isso, o Conselho costuma utilizar o auditório do Hospital Municipal Getúlio Vargas para as suas reuniões, as quais ocorrem uma vez ao mês, normalmente na primeira segunda-feira às 18 horas, podendo ocorrer reuniões extraordinárias a qualquer momento.

Uma vez que o Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul não possui uma sede própria, está impossibilitado de se analisar a sua estrutura física pois, a mesma é emprestada ou pelo Hospital ou pela secretaria de saúde municipal, para que sejam efetuadas as suas reuniões. Nesse caso, pode-se dizer que o Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul carece de estrutura física.

5.1.2 Descrição da Organização Administrativa do Conselho Municipal de Saúde

Abaixo é mostrado o fluxograma de como se organiza administrativamente o Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.

Fluxograma da Organização Administrativa do Conselho Municipal de Saúde



Fonte: Prefeitura de Sapucaia do Sul (2019), elaborado pelo autor.

Seguindo o fluxo acima mostrado, as solicitações chegam até o Conselho Municipal de Saúde por meio dos conselheiros representantes da comunidade, dos profissionais da saúde ou dos serviços terceirizados e nas reuniões do Conselho. Os conselheiros discutem e decidem se essas solicitações constam no planejamento plurianual, ou, se for uma solicitação extraordinária, verificam se é necessário e viável em relação ao orçamento.

Outro ponto importante a ser destacado é que o mandato de cada membro do Conselho Municipal de Saúde é de 2 anos, admitida apenas por 1 recondução para a mesma representação. O Conselho Municipal de Saúde constitui-se pela plenária, composta pela totalidade de seus membros e, será representada e coordenada por uma Mesa Diretora composta de 06 (seis) membros, eleitos dentre seus pares, para um mandato de 2 anos.

Assim, o CMS é composto por uma Mesa Diretora, conforme o mostrado a seguir: 1 (um) presidente; 1 (um) vice-presidente; 1 (um) 1º secretário; 1 (um) 2º secretário; 1 (um) tesoureiro e, 1 (um) secretário de relações institucionais. O funcionamento e a organização da Plenária e da Mesa diretora são estabelecidos no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde poderá reunir-se e deliberar com o número mínimo de participantes igual a metade do número de seus membros. O exercício do mandato de membro do Conselho Municipal de Saúde não será remunerado e será considerado de alta relevância pública. Cabe ao Poder Executivo, através da Secretaria Municipal da Saúde, órgão responsável pela execução e gerenciamento do Sistema Único de Saúde, todo o apoio administrativo,

operacional, econômico-financeiro, recursos humanos e materiais necessários ao seu pleno e regular funcionamento.

5.1.3 Participação dos Membros do CMS

Nas reuniões estudadas do CMS constavam a presença do secretário municipal da saúde, representando o município e, 12 conselheiros do total de 20. Contou-se 3 conselheiros ligados a Secretaria Municipal de Saúde, 3 conselheiros ligados aos serviços terceirizados/ prestadores de serviços coordenadores das unidades de saúde e, 6 conselheiros representantes da comunidade. Também se constatou a presença de acadêmicos de cursos relacionados à saúde de universidades de cidades próximas, somando cerca de 17 a 18.

Na tabela 1 abaixo, observa-se que a média de participantes conselheiros nas reuniões se mantiveram estáveis durante o período analisado.

Tabela1: Reuniões do Conselho Municipal de Sapucaia do Sul entre fevereiro e março de 2019

Data	Demandas Aprovadas	Demandas não aprovadas ou pendentes	Classificação da reunião	Número de Conselheiros	Número de visitantes
11/02/2019	03	0	ordinária	12	17
25/03/2019	04	01	ordinária	12	18
25/03/2019	Aprovado relatório de gestão 2018.	0	extraordinária	12	18

Fonte: Atas Conselho Municipal de Saúde (2019), elaborado pelo autor.

Na análise das atas, percebe-se que as mesmas não são muito explicativas, são sintéticas e não possuem muitas informações sobre o funcionamento e as atividades do Conselho. Basicamente, as pautas são apresentadas de forma resumida e, com o comentário da aprovação ou não. Não se tem outras informações mais aprofundadas, por exemplo: o assunto reforma de duas unidades de saúde. Não se utilizou alguma análise de indicadores de gestão em saúde. Não foi discutido se a melhor decisão seria construir uma nova unidade de saúde ao invés de reformar duas.

As descrições das atas são bem sucintas, estas são digitadas durante as reuniões, são armazenadas eletronicamente no computador da secretária do Conselho e, são enviadas cópias das atas para o endereço eletrônico de todos os participantes. Sendo utilizada uma descrição resumida, estas não citam questionamentos ou estudos antes de serem aprovadas ou não

aprovadas as demandas. Também não se sabe se as demandas foram originárias da participação popular.

No mês de fevereiro, foram discutidas e aprovadas três demandas do município de Sapucaia do Sul. A primeira foi a aprovação da prestação de contas da compra de equipamentos para a Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), sendo que o valor pago foi menor que o valor inicial orçado e, esta diferença foi devolvida aos cofres públicos.

A segunda, foi a aprovação da organização paritária para realizar a 6ª Conferência Municipal de Saúde em abril.

E, a terceira, foi a aprovação da prestação de contas da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Também foi discutido que será realizado um estudo sobre o aumento do número de vagas nesta instituição, necessitando, assim, de um maior investimento por parte dos cofres públicos.

No mês de março, foram aprovadas quatro demandas e, uma ficou pendente: foi aprovada a compra de equipamentos para a qualificação do atendimento prestado para 26 unidades de saúde, e esta solicitação foi apreciada pela consulta popular 2018/19 mas, não se sabe como foi feita essa consulta popular. Foi aprovada a reforma de duas unidades de saúde: a UBS Colina Verde e a UBS João de Barro. Assim como, aprovada a compra de equipamentos para 4 Unidades básicas de saúde. Também foi aprovada a compra de equipamento para o bloco cirúrgico e, outros equipamentos administrativos para o hospital. A pendência foi a solicitação de um estudo para analisar a estrutura física do prédio da Unidade de Saúde Primor, assim como os problemas na falta de insumos. Continuando de forma extraordinária, foi apresentado o relatório financeiro de gestão do 3º quadrimestre de 2018 e o mesmo foi aprovado por unanimidade pela plenária.

6 CONCLUSÃO

O Conselho Municipal de Saúde não tem espaço próprio para as reuniões e um local apropriado.

A atividade dos conselheiros de saúde, assim como a dos demais membros do conselho, é uma função secundária, não que seja irrelevante, mas faz com que o tempo dedicado ao conselho seja reduzido. É um conselho sem uma estrutura informatizada, que se utiliza de salas emprestadas de outros serviços públicos e, apresenta uma dificuldade em relação à organização de arquivos com as decisões tomadas assim como a falta de pessoal para realizar esse trabalho. Com pouco tempo para este tipo de organização e com pouco tempo para estudar e analisar as demandas.

A informatização e publicização das informações e decisões tomadas pelo CMS em internet, facilitaria o acesso ao banco de dados do município, ajudando o conselho municipal de saúde na consulta instantânea de informações, contribuindo para a tomada de decisão mais rápida e precisa. Esta interligação do sistema de informações contribuiria para a definição das prioridades em gestão em saúde, com base em informações precisas e em tempo real.

A participação dos membros do conselho municipal de saúde ocasiona o debate constante e a qualidade das decisões, entretanto, somente alguns membros discutem e propõem ações mais efetivas de controle e de planejamento das ações em saúde. Nem todos os membros buscam mais conhecimento e/ou outras informações após as reuniões do conselho, e não se comprovou se há investimento em educação permanente, em formação continua para os membros.

Com o desenvolvimento desta pesquisa se observou que o conselho de saúde de Sapucaia do Sul, não possui a estrutura ideal para o funcionamento adequado, não há um local apropriado para realização das reuniões, não há uma secretaria destinada para atender e receber a comunidade, não sendo possível verificar se a participação popular é satisfatória ou não. Se as demandas e anseios da comunidade estão sendo atendidos ou não.

Para se incrementar a participação do conselho municipal de saúde e sua efetividade, os mesmos deveriam ter um local próprio e mais estruturado para atender a população.

Como sugestão para as próximas pesquisas sobre o tema, recomenda-se observar se os conselhos de saúde estão ou não estruturados para atender os objetivos para os quais foram constituídos, se recebem formação para desempenhar suas funções, se recebem incentivos, se têm um local específico para desenvolver suas atividades com plenitude.

Pode ser que os conselhos sejam colocados em segundo plano pelo gestor público e, não tenham voz ativa nas decisões, não sejam locais de participação social, de democracia, de representação do interesse da coletividade, de escuta da comunidade em seus anseios e, em alguns casos, existam para cumprir a lei existente.

Também se deve considerar o investimento em educação permanente de cada membro, se os mesmos sabem como se apropriar das tecnologias de informação disponíveis para ter condições de analisar e decidir com mais sabedoria, clareza e qualidade. Os instrumentos de informações estão ao acesso de qualquer cidadão, mas o conselho tem o dever de ser o propulsor da divulgação destas informações para a comunidade e, de ter instrumentos de Gestão como uma ferramenta indispensável para a tomada de decisão eficiente e na definição de prioridades em saúde.

Portanto, o conselho de saúde deve ser percebido pelo gestor público e pela sociedade como um órgão importante na representação dos usuários e na fiscalização e deliberação das necessidades em saúde, representando o interesse da sociedade. Através de decisões imparciais, com o único objetivo da melhoria da saúde para a comunidade, sem levar em conta outros fatores.

Nesta pesquisa teve-se dificuldades em captar as informações pertinentes ao trabalho deste conselho, de um lado, por não ter uma pessoa que pudesse se disponibilizar unicamente as demandas do conselho e, assim, de fornecer determinadas informações em tempo hábil. E, a questão de pesquisa, que foi: Como, ao longo dos anos, o Conselho de Saúde de Sapucaia do Sul tem beneficiado a comunidade Sapucaiense através da participação social? Não pode ser respondida por causa da carência de informações claras e precisas sobre o sujeito de pesquisa. Mesmo que se tivesse sido analisado 1 ano de Atas do CMS, os resultados não mostrariam se a participação popular é efetiva ou não. Recomenda-se um estudo de caso ou, uma pesquisa de observação participante para que se possa constatar a participação da comunidade ou, a falta dela.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. **A pesquisa científica em saúde**: concepção e execução/ 4. ed. elaborado por Sonia Maria Oliveira de Andrade – Campo Grande – MS, 2011. 160p. – (Caderno de Estudo). Metodologia científica I.

AROUCA, Sérgio. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência de Abertura. Março de 1986. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ&t=1078s Acesso em: mar/2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília. DF. Centro Gráfico. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. DF. **Diário Oficial** [da União]. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. **Diário Oficial** [da União]. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde – **Conselhos de Saúde:** a responsabilidade do controle social democrático do SUS– 2ªedição. Conselho Nacional da Saúde. Brasília. DF. 2013. Acesso em: 06/2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS** - ParticipaSUS. 2. ed. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em: 06/2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz – **Reforma Sanitária** – Fiocruz. Acesso em: 06/2018. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria e http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Acesso em: 09/2018. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br

BRAVO, Maria Inês Souza; OLIVEIRA, Rodriane de. Conselhos de Saúde e Serviço Social. Luta Política e trabalho profissional. Ser Social. **Revista do Programa de Pós graduação em Política Social**. UNB. n.10. 2002. Acesso em: set/2018. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12922

DIAS, Sandro Cesar. **A tecnologia de Informações em Saúde como ferramenta de gestão no Conselho Municipal de Saúde de Ijuí/RS.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Gestão em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto

Alegre. RS. 2015. Acesso em: mai/2018. Disponível em: http://www.ufrgs.br/sead/documentos/livro-gestao-saude-1

FHGV. Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. Acesso em set/2018. Disponível em: http://www.fhgv.com.br/home/institucional-2/#1532526103747-9ad31a74-76b8

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas. 2010. 184 p.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: um circulo virtuoso? **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. n. 18. p. 47-55. 2002. Acesso em dez/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700006&script=sci_abstract&tlng=pt

MEDEIROS, Alexsandro M. **Políticas Públicas**. Sabedoria Política. Um site dedicado ao estudo da política. 2011. Acesso em set/2018. Disponível em: https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/conselhos-de-saude/

MIRANDA, Shirle R. M. de; SILVA, Roseane S. B. da; SOUZA, Karla C. N. de. Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde: uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde. DRd – **Desenvolvimento Regional em Debate**. A. 3, nº 2, p. 135-153, jul./dez. 2013. Acesso em: dez/2018. Disponível em: http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/492

MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Cien Saude Colet**., 14(3), p. 795-806, 2009. Acesso em mai/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300015&script=sci_abstract&tlng=pt

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. v 37. n 96. p 139-147. 2013. Acesso em: dez/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci_abstract&tlng=pt

SANTOS, Jamilli Silva. **Análise Política em Saúde:** Produção Científica brasileira e atuação do CEBES. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2016. Acesso em: dez/2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21670/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Jamilli%20Silva%20Santos.%202016.pdf

SANTOS, C. M. et al. **A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no estado de Sergipe**: livro do aprendiz 1. Aracajú: FUNESA. 2011.

SAPUCAIA DO SUL, Site da prefeitura. Acesso em: mai/2018. Disponível em: http://www.sapucaiadosul.rs.gov.br/

SOUZA, Jomilton Costa. **Avaliação da implementação da política ParticipaSUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2012. Acesso em: dez/2018. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/13206

STOTZ, E. N. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**. v. 30. n. 73/74. p. 149-160. 2006. Acesso em: dez/2018. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309003.pdf