



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

MAITÍCIA FERNANDA NOLL

**PERFIL DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA
CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre
2019

MAITÍCIA FERNANDA NOLL

**PERFIL DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA
CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde 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. Guilherme Dornelas Camara

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)

Noll, Maitícia Fernanda
PERFIL DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA
CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL /
Maitícia Fernanda Noll. 2019.
36 f.
Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração,
Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Conselhos de Saúde. 3. Conselho
Municipal de Saúde. 4. Gestão participativa. I. Camara, Prof. Dr.
Guilherme Dornelas.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

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

MAITÍCIA FERNANDA NOLL

**PERFIL DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA
CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde 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

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Me. Giuliano Uhlein Balardin

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda coragem que precisei, por toda lágrima que derramei e por me fazer acreditar nos meus sonhos, porque eles são possíveis, sim!

A minha filha Isadora, que por vezes quis meu colinho e entendeu que naquele momento não era possível devido aos compromissos acadêmicos.

A minha mãe Nair, que sempre me foi exemplo de superação, e mesmo não tão próxima, me ensinou a nunca desistir, mesmo sabendo que o caminho não seria fácil.

Ao meu marido Junior e amigos que entenderam e aceitaram a minha ausência em alguns momentos.

Ao meu orientador que, mesmo distante, sempre me deu o suporte necessário no desenvolver do estudo.

Ao meu tutor, pelas incansáveis respostas às minhas perguntas mais bobas e confusas, e por ter estado sempre disposto a me ajudar quando solicitado.

Enfim, a todos que de uma forma e outra contribuíram para que este sonho pudesse ser realidade.

RESUMO

Introdução: Os Conselhos de Saúde são espaços criados para que a sociedade organizada possa participar da tomada de decisão frente a assuntos que envolvem os serviços de saúde públicos, inclusive no que tange a aspectos econômicos e financeiros. **Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo analisar a atuação de um Conselho Municipal de Saúde presente em uma cidade de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, no que diz respeito a sua organização e à efetividade para a gestão do SUS no município. **Método:** Os métodos utilizados para chegar aos resultados encontrados foram a análise das portarias de nomeação de conselheiros, atas e listas de presença expedidos pelo próprio Conselho de Saúde no ano de 2018, bem como demais documentos que tenham o Conselho como objeto central. Foram abordados conceitos como composição, representatividade e participação, efetividade e autonomia, assuntos discutidos nas reuniões e proposição de estratégias e ações em saúde. **Resultados:** Como resultados se percebe incoerências com relação à composição, participação não efetiva dos seus representantes, burocratização, domínio por parte da gestão e falta de proposição de estratégias e ações em saúde. **Conclusão:** Muitos desafios ainda existem para que o Conselho Municipal de Saúde seja efetivo no que tange ao seu funcionamento, composição, participação e proposição de ações e estratégias voltadas à saúde pública. A capacitação dos conselheiros para que se apropriem de suas atribuições é fundamental para que se iniciem mudanças na estrutura e funcionamento do mesmo. Novos estudos que identifiquem a dinâmica e funcionamento destes espaços é importante para avaliar o real envolvimento dos conselhos de saúde com a gestão das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Conselhos de saúde. Conselho municipal de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Health Councils are spaces created so that organized society can participate in making decisions on issues involving public health services, including economic and financial aspects. **Objective:** This study aimed to analyze the performance of a Municipal Health Council present in a small city in the inland of the state of Rio Grande do Sul, regarding its organization and effectiveness for the management of SUS in the municipality. **Method:** The methods used to obtain the results were the analysis of the ordinances of appointment of counselors, minutes and attendance lists issued by the Health Council itself in 2018, as well as other documents that have the Board as its central object. Concepts such as composition, representativeness and participation, effectiveness and autonomy, subjects discussed in the meetings and proposition of strategies and actions in health were addressed. **Results:** The results show inconsistencies regarding the composition, ineffective participation of its representatives, bureaucratization, mastery by the management and lack of proposition of health strategies and actions. **Conclusion:** Many challenges still exist for the Municipal Health Council to be effective regarding its functioning, composition, participation and proposition of actions and strategies aimed at public health. The qualification of directors to take ownership of their duties is fundamental for initiating changes in its structure and functioning. New studies identifying the dynamics and functioning of these spaces is important to evaluate the real involvement of health councils with the management of public health policies.

Keywords: Health management. Health councils. Municipal health council.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CS	Conselho de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 SUS - BREVE RELATO HISTÓRICO	11
2.1 O CONTROLE SOCIAL COMO MECANISMO DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DA SAÚDE.....	12
3 BREVE REVISÃO SOBRE O CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SÁUDE.....	16
4 MUNICÍPIO DE FORQUETINHA E SEU CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ..	18
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Um dos pontos importantes definidos pela Constituição Federal de 1988 no que diz respeito à saúde foi a criação dos Conselhos de Saúde (CS) que promovem a partir de então a participação da população nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2005 apud SALIBA et al., 2009).

Os CS são espaços permanentes de discussão, planejamento, avaliação, e decisão junto às políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). São atribuições dos CS a participação e formulação de estratégias de saúde bem como o controle das políticas públicas de saúde, envolvendo inclusive questões econômicas e financeiras. É composto por representantes de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços da saúde e de representantes governamentais que possuem igual autonomia e poder de decisão. Os CS foram criados para dar voz às demandas da população, sendo espaços para a participação social, tendo em vista que os conselheiros não agem em favor de si próprios, mas sim da sociedade a qual representam (BRASIL, 2013a). Salienta-se ainda que os CS estão dispostos nas três esferas federativas: municipal, estadual, federal e do Distrito Federal.

O presente trabalho busca analisar a atuação de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) atuante no município de Forquethina, uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, considerada de pequeno porte, com aproximadamente 2.500 habitantes. O CS objeto desta pesquisa tem papel fundamental junto à gestão, uma vez que está inserido no SUS e possibilita a participação da sociedade no planejamento e tomada de decisão no que concerne à saúde pública do local onde atua.

O interesse no tema surgiu devido à pesquisadora ter afinidade com o assunto e estimular constantemente o direito da sociedade em lutar pelos seus interesses, sendo os CS espaços para a proposição de ações que vão de encontro com as necessidades e anseios da população, assim como possuem ainda o papel fundamental de fiscalizar o que está sendo feito e como está sendo feito neste campo.

Por ter feito parte deste CMS até meados de 2017, como representante do segmento dos trabalhadores da saúde, pôde assim perceber algumas incoerências no funcionamento do conselho e a tentativa de domínio do mesmo por parte da gestão.

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo analisar documentos produzidos pelo CMS de Forquetinha/RS, buscando identificar sua organização e a efetividade para a gestão do SUS no Município.

Utilizou-se para coleta de informações as portarias de nomeação dos integrantes do CMS, listas de presenças das reuniões e as atas expedidas pelo mesmo de janeiro a dezembro de 2018, bem como demais documentos que foram elaborados para regulamentar a composição e o funcionamento do CMS em questão.

Com base nestas considerações e de modo a alcançar o objetivo proposto, este trabalho está organizado da seguinte maneira: no segundo capítulo é realizada uma breve descrição das características do município e do CMS estudado; no terceiro e quarto capítulos, apresenta-se uma revisão de literatura acerca do tema pesquisado; no quinto capítulo são descritos os procedimentos metodológicos utilizados, a fim de se obter os dados necessários para o estudo; no sexto capítulo são apresentados os resultados encontrados e realizada a sua discussão, com base na literatura já existente.

2 SUS - BREVE RELATO HISTÓRICO

Em meados da década de 1980, em meio a um governo ditador e através de manifestações para a eleição de um presidente civil, o país se movimentava também para o campo da saúde, onde reivindicava uma saúde igualitária, abrangente e democrática. Participaram deste movimento de mudança principalmente intelectuais, profissionais da saúde, estudantes universitários, movimentos sindicais, dentre outros atores. Estes movimentos culminaram no esgotamento do modelo médico-assistencialista na época voltado para ações curativas principalmente no âmbito hospitalar e, durante este processo, o país se afundou ainda mais no desemprego, desigualdades sociais e aumento de miseráveis. O caos estava instalado (SOUZA; COSTA, 2010).

Com este cenário caótico, junto à insatisfação crescente da população, em 1986 suscitou a VIII Conferência Nacional de Saúde, importante acontecimento que mobilizou a participação de cerca de 4.000 pessoas, sendo que destas, 1.000 tinham direito a voto. Este acontecimento pode-se dizer que foi o pontapé inicial para a Reforma Sanitária, pois a partir de então a sociedade passou a ser chamada para discutir assuntos relacionados a saúde no país. As recomendações constantes em seu relatório final auxiliaram na elaboração da nova Constituição em 1988 (SOUZA; COSTA, 2010).

Em 1988, a Constituição Federal traz em seu texto a saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 apud SOUZA; COSTA, 2010, p. 511).

Assim, se deram passos fundamentais para a criação do que se conhece hoje como SUS – Sistema Único de Saúde brasileiro.

Na mesma Constituição Federal de 1988, consta ainda que as ações e serviços do SUS pertencem a uma rede regionalizada, hierarquizada, constituindo um sistema único, contando com algumas diretrizes norteadoras como: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Após a Constituição Federal foram elaborados dois documentos que formalizam e norteiam ainda mais a implantação do SUS. O primeiro documento, a

Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços relacionados à saúde. O segundo documento, tão importante quanto, é a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que reforça a importância da participação da comunidade na gestão do SUS, bem como regulamenta as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros. Também por meio desta lei as conferências e os conselhos se tornaram mecanismos do controle social (ALESSIO, 2016).

Sendo assim, a sociedade civil organizada passou a participar da formulação de planos, projetos, programas e também da destinação de recursos financeiros a serem utilizados na saúde (ALESSIO, 2016).

2.1 O CONTROLE SOCIAL COMO MECANISMO DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DA SAÚDE

Com a criação do SUS, e atentando para o que diz a Constituição Federal com relação à participação da comunidade na gestão da saúde, foi então criada a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que discorre sobre como se dá a participação da comunidade na gestão do SUS. Esta lei demonstra em seu artigo 2º a participação da comunidade na gestão do SUS através dos CS, estes, órgãos colegiados compostos por representantes do governo, de profissionais da saúde, de prestadores de serviços de saúde do SUS, e de usuários. Caracteriza ainda as competências dos CS como atuantes na formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos (BRASIL, 1990). Com base no disposto, fica evidente a função e importância dos CS na gestão do SUS.

Cotta, Cazal e Martins (2010) apontam que conforme a Constituição Federal de 1988, a participação social passou a ser um dos princípios do SUS, criando novos canais de participação nas três esferas governamentais, sendo os CS os principais órgãos do controle social.

Côrtes (2009) cita que no tumultuado tempo em que se instalava o SUS; governo, sociedade e mercado disputavam espaço nas discussões sobre a política de saúde nacional.

A representação do segmento dos usuários diante às demais representações talvez seja a mais importante dentro dos conselhos, uma vez que conforme Resolução n. 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) os CS devem ser compostos por 50% de representantes do segmento de usuários, 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

A representatividade superior por parte do segmento dos usuários com relação aos demais segmentos pode ser para proporcionar maior participação da comunidade nas tomadas de decisão, tendo em vista que é neste espaço que são tomadas decisões e pensadas estratégias de saúde para toda a sociedade.

Lopes, Silva e Martins (2016) afirmam que aos CS são atribuídos poderes de decisão juntamente com o governo, e para exercer esta atribuição de gestão compartilhada do SUS possuem autonomia em todas as instâncias.

Correia (2000) apud Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) trazem que a proposta do controle social fundamentou uma participação importante no setor da saúde, considerando que a sociedade desta forma pôde interferir na gestão do que é público, tanto com relação a ações em saúde planejadas e executadas, como também controlando e orientando os gastos para benefício da coletividade. A participação da sociedade na gestão possibilitou que um novo olhar fosse dado ao que é de todos, tornando assim mais transparente o que é aplicado com o dinheiro que é do coletivo.

O controle social pode ser caracterizado como o controle da sociedade sobre as políticas de saúde. Nesse sentido, a participação da sociedade foi ampliada, qualificada e democratizada, passando então a ser entendida como controle social. A sociedade começou de fato a participar da gestão da saúde e os CS são os espaços em que o controle social é exercido, participando da formulação das políticas públicas de saúde, fiscalizando as ações do governo, analisando a utilização dos recursos financeiros destinados à saúde. Desde 1990 cada município passou a constituir seu CMS para efetivar o controle no SUS (BRASIL, 2013a).

Devido à proposta de construção democrática do SUS, deve-se garantir o direito de participação de todos os segmentos nele envolvidos, sendo representantes de instituições, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde. Essa participação se caracteriza por definir e participar ativamente no processo de tomada de decisão sobre as políticas que lhes

competem, bem como fiscalizar as ações e serviços de saúde prestados. E esse direito à participação acontece dentro dos CS (LANDERDHAL et al., 2010).

O direito à participação nas tomadas de decisão é a capacidade que a comunidade tem de participar da gestão pública, propondo ações ao governo que vão ao encontro dos interesses da comunidade. Possibilita que a comunidade fiscalize as ações realizadas pelo Estado no que tange a elaboração, controle e fiscalização das políticas públicas de saúde (LANDERDHAL et al., 2010).

Em um estudo realizado analisando as resoluções de um CS, Landerdhal et al. (2010) percebe que por não haver nenhuma deliberação partindo do próprio conselho de saúde, este espaço pode estar sendo utilizado pelo gestor e prestadores de serviços para aprovar as propostas apresentadas pelos mesmos, não vindo ao encontro do atendimento da competência de formular e propor estratégias. Os mesmos autores concluem ainda neste estudo que a prática desenvolvida no CS tende a ser meramente burocrática, e sinaliza que mesmo o CS funcionando regularmente não há garantia de que o mesmo seja efetivo, englobando a participação ativa de seus participantes.

Wendhausen e Caponi (2002) percebem em um estudo realizado que existe uma relação assimétrica entre conselheiros usuários e demais representantes, denunciado desta forma um silenciamento estratégico utilizado principalmente pelo segmento governamental, como forma de reforçar o seu poder. Colocando desta forma a verdade da representação dos usuários como pouco respeitada ou algumas vezes nula, propiciando assim um espaço demarcado pelo que pode ou deve ser dito. O mesmo autor observa ainda que se criou um ambiente em que não é permitida a existência de um diálogo, ponto fundamental e presente na democracia.

Em estudo realizado por Cotta, Cazal e Martins (2010) se tem por conclusão a dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em dividir o poder decisório de temas que competem também ao conselho. Observam que as desigualdades nas relações sociais presentes em todo país, existem também nos conselhos de saúde, dificultando a participação dos grupos populares, mesmo que prevista e defendida na legislação. E este espaço fragilizado pode ocasionar a burocratização destes conselhos, fato este que deve ser combatido para que haja efetivação da democracia, tornando legítimos os direitos conquistados pela população.

Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) relatam que em um estudo realizado com um CS, os conselheiros representantes dos usuários geralmente participavam de todas as reuniões, porém em nenhuma delas houve alguma manifestação concordando ou discordando de algum assunto tratado, apenas votavam e iam embora. Desta forma se percebeu uma burocratização da representação, sendo que de um lado está o CS como uma forma de a comunidade participar das decisões, e do outro o problema da burocracia que faz com que os conselhos sejam compostos de instituições formalmente organizadas.

Côrtes (2006) menciona em seu estudo que os CS são deliberativos somente no que está presente na agenda setorial e as relações dentro destes espaços não são igualitárias.

Alessio (2016) cita que no Brasil o controle social dentro dos CS possui muitas histórias bem-sucedidas, mas também muitas críticas. Em seu estudo identifica inúmeras fragilidades nos CS, destacando um modelo enfraquecido onde não está sendo possível efetivá-lo integralmente.

3 BREVE REVISÃO SOBRE O CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Ao longo dos últimos anos, houve diversas mudanças nas políticas de saúde, e estas mudanças refletiram em um sistema de controle social mais participativo, qualificado, independente e deliberativo. Os CS e as Conferências de Saúde são os principais espaços para o exercício do controle social, o qual tem como principais atores a sociedade civil, organizada para proteger e deliberar sobre as políticas de saúde consideradas direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2013a).

O controle social na atualidade pode ser entendido de duas formas, uma quando se observa o controle da sociedade sobre o governo e outra quando se observa o controle do governo sobre a sociedade. É a maneira de compartilhar o poder das decisões do governo e da sociedade sobre as políticas (ALESSIO, 2016)

O CNS, primeiro a ser constituído no país, teve suas origens na década de 1930, sendo inicialmente um órgão consultivo do Ministério da Educação e Saúde Pública, tinha como integrantes especialistas em saúde pública e era eventualmente consultado sobre aspectos ligados a saúde (CÔRTEZ, 2009).

A criação dos CS, existentes hoje em todos estados e municípios brasileiros, surge de uma longa trajetória em busca de mudanças e melhorias na saúde pública do país quando este passava por uma grave crise política que repercutiu em diversos setores, inclusive na saúde.

Em 1985, com a transição do governo de regime militar para a redemocratização, quando o então presidente buscava atender às demandas sociais da população, surgiram diversas negociações e articulações, o que posteriormente ficou conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira, sendo a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, seu marco mais expressivo. Pela primeira vez na história do país, a sociedade foi chamada para participar de debates sobre as políticas e programas do governo (BRASIL, 2013a).

A partir de 1987 o CNS passou de órgão consultivo para órgão deliberativo, mudando sua função legal. Porém, esta mudança apenas foi percebida ativamente após as manifestações da Reforma Sanitária, onde o CNS passou a ser visto como um espaço político em que os interesses sociais eram representados e discutidos, sendo também o palco principal de conexão entre diversos atores da política de saúde (CÔRTEZ, 2009).

Após a vasta participação da sociedade na VIII Conferência Nacional de Saúde, acontecimento este tido como inédito na época, em 1988 surgiu na Constituição Federal, a determinação para que a população participasse da gestão do sistema de saúde, e esta participação aconteceria dentro dos CS. Assim, o controle social institucionalizado nos conselhos, passa a dar significado as mobilizações sociais no sentido de implementar os direitos presentes na constituição (ALESSIO, 2016)

Posterior a este fato, surgiram então duas legislações extremamente importantes, a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990, sendo a última a lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS através dos CS (BRASIL, 2013a).

Entre 1990 e 2006 os CS sofreram significativas alterações, e somente na década de 1990 passaram a ter maior relevância. Suas funções legais permaneceram as mesmas, mas se observaram mudanças na composição e nas suas competências essenciais, tornando-os responsáveis pela formulação de estratégias e pelo controle da efetivação das políticas públicas de saúde (CÔRTEZ, 2009).

A seguir será descrita informações sobre o município e o CMS estudado.

4 MUNICÍPIO DE FORQUETINHA E SEU CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O município de Forquetinha é considerado jovem e de pequeno porte. Foi emancipado da cidade de Lajeado em 1996, mas oficialmente instalado no ano de 2001. Possuía, segundo estimativas do IBGE de 2018, 2.424 habitantes. Está inserido no Vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul e distante 135 km da capital Porto Alegre. A maioria da população reside na zona rural e prevalecem descendentes de origem alemã (IBGE, 2018).

O CMS, objeto deste estudo, foi criado mediante Lei municipal n. 13, de 22 de fevereiro de 2001, que em seu artigo 1º refere que,

no âmbito do Município é a instância de caráter permanente e deliberativo na formação, avaliação, controle normalização da política e do sistema da saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões dependerão da homologação do Chefe do Poder Executivo (LEI N.13, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2001).

Com relação à representação, a Lei n. 13/01 de criação cita que o mesmo deve ser composto por representantes do governo, de usuários, prestadores de serviços e profissionais da saúde. E sua representação será definida pelo seu regimento interno, elaborado por seu plenário e após aprovado pelo executivo.

A referida lei ainda demonstra que a Secretaria Municipal de Saúde, Habitação e Assistência Social deverá prover de ferramentas necessárias para o funcionamento do CMS, conferindo a ele apoio administrativo, organizacional, financeiro e de demais recursos para o seu pleno funcionamento.

No Regimento Interno do CMS fica determinado que sua composição deve ser de acordo com a Resolução n. 333 de 1992 do CNS, que prevê 50% de representantes do segmento de entidades de usuários, 25% do segmento de trabalhadores da saúde e 25% de representantes governamentais e de prestadores de saúde. Dispõe ainda que cargos de chefia ou de confiança, por poderem influenciar na autonomia representativa do conselho, podem ser indicativos de substituição de conselheiros.

No mesmo documento consta ainda que o CS deverá se reunir mensalmente de forma ordinária e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou por um terço de seus membros. Terão direito ao voto todos os membros titulares e seus suplentes, no caso do comparecimento de titular e suplente de uma mesma

entidade, somente um terá direito a voto. O conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas em um ano sem justificativa perderá o mandato e será substituído.

Atualmente, o CMS conta com doze membros titulares, doze membros suplentes, e um secretário executivo pertencente ao quadro de funcionários efetivos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), que atua e desenvolve atividades burocráticas ligadas ao conselho, porém não exclusivamente.

O CMS não dispõe de espaço físico próprio ou destinado as suas atividades, as reuniões são realizadas no auditório da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município e os documentos oriundos do CS são arquivados na própria unidade de saúde.

Cabe salientar ainda que os documentos originários e que dizem respeito ao CMS não são divulgados em uma plataforma digital pública, para tanto, quem tiver interesse de conhecê-los ou analisá-los, deverá solicitar junto ao apoio administrativo.

No próximo capítulo serão descritos os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo aqui apresentado foi realizado através da análise documental com abordagem qualitativa dos dados, a escolha do objeto do estudo se deu por conveniência, sendo que a pesquisadora atua como enfermeira no Município de Forquetinha/RS em que o CMS estudado está incorporado. A revisão de literatura deu subsídios para analisar o funcionamento e a efetividade do CMS pesquisado.

Teve-se como fontes para obtenção de materiais utilizados na pesquisa a própria secretaria executiva do CMS estudado, assim como o site da Prefeitura Municipal e o Portal da Transparência do município. Foi dispensada a apresentação de autorização para o uso de dados, devido ao caráter público dos documentos extraídos junto ao Conselho. Todos os documentos utilizados são atualmente arquivados na SMS, que desenvolve suas atividades junto à UBS do município, tendo em vista que o CMS não possui sede própria.

Tomaram-se como documentos para análise: as portarias de nomeação dos conselheiros referentes ao ano de 2018, as atas e as listas de presença das reuniões do CMS de janeiro a dezembro do ano de 2018, bem como seu Regimento Interno e demais documentos que contribuíram para análise das informações, como leis, resoluções e portarias que tinham como ponto principal o CMS.

Para atingir os objetivos almejados foram analisadas as portarias municipais de nomeação dos conselheiros, as atas e listas de presença das reuniões realizadas no ano de 2018, para assim observar os assuntos tratados, a participação dos conselheiros nas reuniões, os posicionamentos e apontamentos levantados pelos mesmos, a assiduidade na participação e por fim a efetividade e autonomia na proposição de ações e estratégias para a saúde pública.

Para análise dos dados se buscou informações referentes à: composição do CMS mediante portarias de nomeação, assuntos discutidos nas reuniões, percepção de participação por parte dos conselheiros, solicitações e questionamentos dos conselheiros, encaminhamentos, recomendações e deliberações do conselho, participação por segmento, tal como demais informações pertinentes para análise.

Foram realizadas leituras exaustivas dos conteúdos dos documentos e a análise dos resultados será descrita a seguir.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Resolução n. 333 de 2003 do CNS, os CMS devem ter composição paritária, ou seja, serem compostos por 25% de entidades de trabalhadores da saúde, 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos e 50% de entidades de usuários.

Conforme portarias de nomeação dos membros integrantes do CMS estudado datadas de 15 de janeiro de 2018 e 02 de agosto de 2018, pode-se observar o que segue.

O CMS estudado é composto por vinte e quatro conselheiros, sendo doze titulares e doze suplentes. Seis conselheiros são representantes do segmento governamental e de prestadores de serviços privados conveniados, totalizando 25% neste segmento. Seis conselheiros são representantes dos profissionais da saúde, totalizando assim 25% da composição neste segmento. E doze conselheiros são representantes do segmento dos usuários, totalizando assim 50% da composição deste segmento.

Em análise as portarias de nomeação, a composição do CMS está de acordo com a legislação, mas se observa que não há, nas portarias citadas, menção de quais entidades os profissionais da saúde e os usuários representam. Desta forma se pode perceber que de certa forma a composição está correta, mas por não se ter conhecimento de quais entidades representam, compromete uma análise mais aprofundada.

Conforme composição dos membros do CMS dispostos na portaria de 15 de janeiro de 2018, dos vinte e quatro conselheiros entre titulares e suplentes de todos os segmentos, dezesseis (66,67%) são funcionários do município nas mais diferentes áreas de atuação e oito (33,33%) conselheiros não possuem nenhum vínculo empregatício com a administração municipal. Dos conselheiros funcionários da administração municipal, três (18,75%) são funcionários contratados com cargo em comissão, ou seja, foram escolhidos e contratados sem nenhum processo seletivo; e dez (62,5%) são funcionários concursados que recebem uma gratificação por atividades especiais.

Cabe salientar, para melhor entendimento do leitor, que Cargos em Comissão segundo a Constituição Federal de 1988, art 37, inciso II, são cargos da

administração pública que preveem livre nomeação e exoneração, em outras palavras, são cargos ocupados por pessoas escolhidas pela administração do governo. E gratificação, função gratificada, função de confiança ou comissionamento, são instituídas por lei para atender a cargos de chefia, direção, assessoramento, coordenação de trabalhos e são privativos a servidores efetivos do município. Discurso este presente na Lei Municipal n. 860 de 25 de março de 2013, que institui o Regime Jurídico Único dos servidores do município de Forquethinha, em seu Título I, art 5º.

Observa-se que os representantes dos profissionais da saúde, dos seis conselheiros titulares e suplentes, três (50%) são funcionários concursados que recebem gratificação por desempenharem funções especiais.

Dos representantes do segmento dos usuários composto por doze conselheiros entre titulares e suplentes, se observa que seis (50%) conselheiros são funcionários do município, e destes, cinco (83,33%) são funcionários concursados que recebem gratificação por atividades especiais e um conselheiro é contratado pelo município para ocupar cargo em comissão.

Cabe mencionar que nesta primeira composição, somente seis conselheiros (25%), entre titulares e suplentes, não possuem algum vínculo direto com a administração municipal - no caso dos funcionários, ou indireto - no caso de prestadores de serviços, considerando que mesmo não sendo funcionários do município, prestam serviços à administração municipal e de alguma forma se relacionam com a mesma.

A grande participação de funcionários da administração na composição do CMS pode fragilizar este espaço de discussão e interferir de forma negativa no seu funcionamento. Suspeita-se que por manterem um vínculo próximo com a administração municipal, estes conselheiros tendem a não serem críticos ou então a não questionarem de forma enérgica as decisões tomadas pela gestão, quando estas não vão ao encontro do que é preconizado pelo sistema de saúde e/ou de interesse da coletividade a qual representam, tendo em vista que pode ser desagradável para o funcionário se opor ao seu chefe ou gestor.

Ao longo do ano de 2018 houve uma recomposição do CMS e uma nova portaria de nomeação foi expedida, datada de 02 de agosto de 2018 onde se pode analisar que, dos vinte e quatro conselheiros que compõem o CMS, quinze (62,5%) são funcionários do município nas mais diferentes áreas de atuação, destes, quatro

(26,66%) conselheiros são funcionários contratados com cargo em comissão; e dez (66,66%) são funcionários concursados que recebem uma gratificação por atividades especiais.

Analisando as duas portarias se observa que na segunda composição não houve alterações significativas que impactassem na composição do CMS, houve somente a troca de alguns conselheiros do segmento dos profissionais da saúde, por outros. Sendo assim, trocou-se um profissional concursado sem gratificação, por um profissional contratado com cargo em comissão. E um profissional de saúde concursado sem gratificação, por um prestador de serviço que foi alocado no segmento dos profissionais da saúde. Não está claro nos documentos analisados como se dá a substituição ou alteração dos conselheiros, contudo, se pode sugerir o domínio do CMS pela administração municipal, comprometendo assim, a autonomia e o verdadeiro sentido do CS.

É comum que os representantes do segmento governamental sejam escolhidos pelo governo, mas salienta-se também que os representantes dos profissionais da saúde, dos seis conselheiros titulares e suplentes, um é funcionário de uma empresa que presta serviços ao município, que conforme a legislação deveria estar no segmento de prestadores de serviços, um conselheiro é funcionário contratado pelo município para ocupar cargo em comissão, três são funcionários concursados que recebem gratificação por desempenharem funções especiais, e somente um é funcionário concursado sem nenhum outro vínculo.

Dos representantes do segmento dos usuários composto por doze conselheiros titulares e suplentes se observa que seis conselheiros (50%) são funcionários do município, destes, cinco são funcionários concursados que recebem gratificação por atividades especiais e um conselheiro é contratado pelo município para ocupar cargo em comissão.

Outro ponto relevante encontrado e que cabe mencionar, é que durante a análise das listas de presenças, se observou uma nova alteração na composição do CMS, desta vez sem documento oficial alterando e nomeando seus integrantes, fato este que torna curiosa a forma de escolha de seus membros e como este conselho se organiza com relação à composição.

Ainda com relação à composição, se observa uma grande participação de funcionários da administração municipal presentes em praticamente todos os segmentos constituintes do CMS, podendo elitizar o funcionamento deste espaço de

discussão, este mesmo fato também foi encontrado em um estudo realizado por Cotta et al., (2011).

Ainda neste sentido, Stralen et al. (2006) apontam que os CMS tendem a se elitizar devido a organizações com maior capacidade terem predominância na representação, e isto pode ser claramente percebido neste conselho, onde a administração tem maior representação mesmo que indiretamente, principalmente com seus funcionários participando em todos os segmentos. O mesmo autor menciona ainda a institucionalização como uma dificuldade de participação direta por parte dos cidadãos, observando que por um lado se incluem novos atores sociais, mas por outro se excluem atores sem vínculo com o governo.

Não se encontrou nenhum aparato legal ou recomendação que impeça a participação de funcionários do município representando segmentos que não o governamental, mas se supõe, com base nos dados apresentados, que a participação ativa prevista aos CS pode estar prejudicada, levando em consideração o beneficiamento de diversos conselheiros por parte da administração governamental.

Ademais, conforme regimento interno do CMS estudado em seu capítulo III, Art 4º, inciso V, prevê que,

A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro (DECRETO N. 960, DE 03 DE MARÇO DE 2015, p 3).

Não se tem conhecimento, com base nos documentos analisados, de como o CMS estudado foi constituído e quais entidades o compõem, mas segundo Labra e Figueiredo (2002, apud SILVA et al., 2012), devido aos CS serem fundamentais e imprescindíveis para que haja repasse de recursos financeiros aos municípios e também por sua função frente às ações previstas na saúde, por vezes os gestores tendem a escolher seus integrantes, tornando assim o CS manipulável segundo seus interesses e por pessoas de sua confiança, que por assim serem escolhidos, diversas vezes são incapazes de exercer o papel fundamental do controle social que é acompanhar, fiscalizar e apontar possíveis irregularidades.

Martins et al. (2008) demonstram que problemas com relação à composição, representação e representatividade são comuns em diversos CS, uma vez que em

muitos ocorrem intromissões políticas, usualmente com relação à representação dos usuários, podendo estes não representar de forma verdadeira os interesses coletivos. Observa-se que mesmo quando respeitada a questão da paridade, não significa que este grupo terá capacidade de intervenção.

O envolvimento de diversos atores no processo de implementação e execução de políticas públicas deve ser levado em consideração, uma vez que o conselho é constituído por participantes de órgãos públicos e privados, podendo ou não estar vinculados ao governo. E este fator geralmente gera conflitos de interesses podendo interferir na capacidade do conselho de ser efetivo perante as políticas de saúde (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Desta forma, se observa que para o CMS ter mais autonomia e representatividade, a substituição de membros seria um ponto fundamental, observando que em sua composição há muitos conselheiros que possuem vínculo empregatício ou político com a administração municipal e devido a esta condição podem sofrer influências nos seus apontamentos, questionamentos e decisões, que prejudicam o real objetivo dos CMS.

Com relação à participação dos conselheiros nas reuniões do CMS, se observa que em todas as reuniões houve, conforme o regimento interno do CMS estudado, a participação de no mínimo 1/3 dos conselheiros. Fato este necessário para que a reunião e suas deliberações sejam validadas.

Foram realizadas de janeiro a dezembro de 2018 treze reuniões, destas, doze reuniões foram ordinárias e uma reunião extraordinária. Assim sendo foram analisadas treze listas de presença com uma média de 9,7 conselheiros presentes por reunião.

Dentre os presentes nas reuniões, uma média de 7,2 conselheiros são funcionários do município e representam além do segmento governamental e de profissionais da saúde, também o segmento dos usuários. Ainda, cabe salientar que em média 5,3 conselheiros presentes por reunião são funcionários do município ocupando cargo em comissão ou funcionários efetivos que recebem alguma gratificação.

Tal expressividade de participação de conselheiros funcionários em comparação aos demais pode estar relacionada à composição do CMS, como já visto anteriormente, e de forma geral pode se presumir que tal participação está relacionada à necessidade de aprovação das pautas originadas na SMS e à

preservação de assuntos de interesse da própria administração. Não se percebe que os poucos assuntos trazidos por alguns conselheiros, ou de interesse da população, tenham uma importância relevante no CMS estudado.

Ainda, se pode verificar que como a maioria dos conselheiros participantes das reuniões possui algum vínculo com a administração municipal, as pautas são comumente aprovadas sem ressalvas.

A presença de representantes dos profissionais de saúde foi a mais percebida, sendo que estiveram presentes uma média de 3 conselheiros por reunião. Considerando que este segmento possui três conselheiros titulares e três conselheiros suplentes, se observa que este segmento está bem representado na maioria das reuniões, esta participação pode ser justificada devido aos profissionais de saúde atuarem diretamente na UBS onde são realizadas as reuniões do CMS, facilitando assim o seu comparecimento.

O segmento dos usuários é composto por seis conselheiros titulares e seis conselheiros suplentes, sendo assim se observa a presença de uma média de 4,2 conselheiros por reunião, ficando assim este segmento com uma representação abaixo do esperado no total das reuniões realizadas.

Ademais, se observa que neste seguimento houve representantes que compareceram em apenas uma reunião durante todo o ano analisado. Cabe salientar que, conforme Regimento Interno do CMS, o conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas sem justificativa no período de um ano, perderá o mandato. Não se teve acesso a alguma justificativa dos membros que não se fizeram presentes, mas se percebe que em nenhum momento este ponto foi observado nas reuniões realizadas, e somente no final do ano estudado houve a substituição do membro titular deste segmento, permanecendo o suplente. Problemas com relação à participação e representação também foram encontrados em estudos de Cotta, Cazal e Martins (2010) e Silva et al. (2012).

O segmento governamental e dos prestadores de serviços possui uma composição igual a dos profissionais da saúde, onde três conselheiros são titulares e três são suplentes. Neste segmento se observa que houve uma média de presença de 2 conselheiros por reunião, ficando abaixo do total de presença necessária para o segmento estar totalmente representado. Esta presença pode estar prejudicada, pois se observa que de treze reuniões realizadas, em oito

(61,53%) reuniões não houve a presença de representantes dos prestadores de serviços.

A baixa ou nula participação dos prestadores de serviços que compõem o CMS foi percebida em estudo também realizado por Stralen et al. (2006), quando sinalizam que a participação dos prestadores de serviços é minoritária nos CMS, pois por serem minoria preferem discutir seus assuntos diretamente com o gestor da saúde, e os espaços de discussão de múltiplos interesses relacionados à saúde pública passa a ser palco por vezes, somente de vozes de trabalhadores e usuários.

Cabe refletir que presença não é sinônimo de participação, e não se pode assegurar que embora esteja algum segmento bem representado, o mesmo tenha uma participação concreta durante as reuniões e menos ainda que o mesmo possa propor medidas.

Labra e Figueiredo (2002) mencionam que o tema participação tem muitas controvérsias, e ainda se buscam formas de estruturar a igualdade de participação entre os segmentos que constituem os CS. Referem ainda que o termo usuários é muito abrangente e cabível inclusive de falsificações que prejudicam o verdadeiro sentido de democracia pondo em dúvida inclusive a legitimação do CS.

Ao promover a leitura das atas para identificar os assuntos discutidos pode-se observar que em diversos documentos houve mais de um assunto para a pauta.

Assuntos relacionados à alteração, nomeação e desligamento de conselheiros aparecem na pauta em sete reuniões. Planos de aplicação de recursos, alteração em planos de aplicação de recursos e informações com relação a recursos remanescentes ou vinculados aparecem na pauta em cinco reuniões. Relatório Municipal de Gestão da Saúde anual ou quadrimestral aparecem como assuntos da pauta em três reuniões. Plano anual da saúde para o ano de 2019 aparece na pauta de duas reuniões, assuntos relacionados ao Programa Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes Aegypti* estiveram na pauta em duas reuniões e a inclusão de medicamentos na relação municipal de medicamentos essenciais esteve na pauta em uma reunião.

Assunto de extrema importância e que prevê a colaboração do CMS para sua elaboração, como o Plano Municipal da Saúde 2018-2021, aparece como pauta somente em uma reunião. Cabe mencionar que dos nove conselheiros presentes nesta reunião, apenas três não tinham nenhum vínculo com a administração municipal. Observa-se ainda que o assunto foi mencionado rapidamente e obteve

aprovação de todos presentes, sem disputa, sem questionamentos, sem sugestões de alteração ou inclusão de algum item, sabendo que este documento deve ser minuciosamente construído e serve de apoio à gestão, pois norteia as ações de saúde para o período de quatro anos, se pode imaginar que pela complexidade deste documento, o mesmo não foi corretamente analisado pelo plenário do CS.

Assuntos informativos e de menor relevância, como nomeação e desligamento de apoio administrativo ao CMS, informe para secretaria da educação, pré-convite para reunião dos conselheiros, apresentação/inscrição em evento e balancete da despesa apareceram como pauta em apenas uma reunião.

Chama a atenção que os assuntos presentes e discutidos nas reuniões são semelhantes e repetitivos, e o fato de em sete reuniões serem discutidas alteração, nomeação e desligamento de conselheiros nos faz desconfiar da fragilidade deste espaço, em que seus membros chegam, saem ou são realocados de segmento com frequência, proporcionando assim uma instabilidade no CS.

Observou-se, ainda, que em todas as treze reuniões as atas foram aprovadas por todos conselheiros participantes sem que houvesse questionamentos, sugestões ou solicitação de alteração nos textos. Fato este que põe em dúvida o real entendimento e participação efetiva dos conselheiros.

Vieira e Calvo (2011) observaram em estudo realizado em CS do estado de Santa Catarina o mesmo que o encontrado no CMS estudado, onde as atas das reuniões anteriores eram rotineiramente aprovadas, talvez mais pela necessidade administrativa da gestão do que pela fundamentação do colegiado. Ou seja, eram aprovadas, pois a gestão precisava que fossem.

Discursos referindo que os conselheiros puderam tirar dúvidas sobre os assuntos discutidos nas reuniões apareceram em sete atas, contudo, em nenhuma delas está descrito quais e com relação a qual assunto as dúvidas se referiam, e nem como foram respondidas ou resolvidas.

Outra declaração que esteve presente em cinco atas foi a de que os conselheiros puderam colocar assuntos em pauta, e, após este discurso se percebe uma pequena participação dos conselheiros. Tal participação pode ser identificada, pois emergiram assuntos diferentes dos que estavam na pauta ou se caracterizam como assuntos burocráticos trazidos pela SMS. Percebe-se assuntos voltados ao funcionamento da UBS, sugestão de aquisição de materiais para facilitarem o trabalho dos profissionais e o bem-estar dos usuários na UBS e apresentação da

necessidade de atividades de educação em saúde com públicos específicos. Porém, não fica evidente qual ou quais os conselheiros que se manifestaram, se houve debate entre eles ou se as solicitações foram acolhidas.

Embora se saiba que os CMS são espaços de discussão de políticas públicas de saúde, não se pode afirmar com certeza que uma participação legítima esteja presente no CMS estudado, uma vez que se identifica um discurso análogo na maioria dos documentos analisados. A repetição de frases se percebe em todas as atas, e as discussões são limitadas e pouco debatidas, ocorrência esta que dificulta a percepção de participação ativa dos envolvidos neste espaço.

Em praticamente nenhuma ata se podem verificar quais atores se manifestam ou se articulam dentro do CMS estudado, uma vez que o discurso parece sempre impessoal e não caracteriza o ator.

Porém, um ponto que chamou a atenção durante a leitura das atas foi a que em uma reunião para discussão de um plano de aplicação de recurso, uma conselheira representante dos profissionais da saúde fez apontamentos e questionamentos sobre a atuação de profissionais da saúde atuantes na UBS, se percebe que outros conselheiros também se posicionaram e solicitaram modificações com relação ao tema discutido, propiciando a elaboração de um documento formal para que a secretaria da saúde tomasse providências e prestasse esclarecimentos. Na reunião seguinte a Secretária da Saúde, juntamente com o profissional-alvo dos questionamentos, se fizeram presentes na reunião do CMS para esclarecimentos. Nesta mesma reunião, a conselheira que levantou a questão e solicitou mudanças, solicitou seu desligamento do CMS.

Esta foi a única manifestação questionando os serviços prestados à população, que se identificou partir de um conselheiro. Vale analisar que a situação identificada culmina na presunção de possíveis represálias ou afrontamentos sofridos pela conselheira que se posicionou frente a um fato ocorrido que, com base no discurso da ata, foi também questionado pelos demais conselheiros.

Neste caso pode-se perceber ainda mais claramente a elitização presente neste CMS, em que nem todo questionamento é entendido ou aceito. Somando ao que foi exposto e instigando um pensamento de avaliação se estes espaços são realmente democráticos e de discussão de políticas de saúde, Cotta et al. (2011) apresentam que durante sua pesquisa, alguns conselheiros mencionaram que pouco

se manifestam dentro do CS, pois sentem como se ocupassem um lugar de figurante e ainda têm medo de se prejudicarem no futuro.

Em todas as atas, embora em algumas se perceba uma sutil participação mais ativa dos conselheiros, pode-se perceber um discurso burocrático, administrativo e semelhante em que pouco os assuntos abordados são ativamente discutidos. Somente em uma ata se percebe encaminhamento de propostas por parte do plenário, nas demais se observa que os assuntos são trazidos pela administração e apreciados rapidamente pelo CMS.

Imagina-se que a pequena participação por parte dos conselheiros nas reuniões pode estar relacionada ao caráter burocrático identificado neste CMS, considerando que todas as reuniões parecem serem semelhantes e realizadas somente para cumprir o que preconiza a legislação e aprovar as demandas trazidas prontas pela administração. Em nenhum momento se pode identificar uma participação efetiva dos conselheiros em assuntos relacionados à gestão participativa no SUS.

Cotta et al. (2011) encontram resultados similares em seu estudo, uma vez que os conselheiros participantes da pesquisa relataram acreditar que sua importância está apenas em aprovar as demandas trazidas e aprovadas preliminarmente pela SMS. De toda forma, o mesmo apontamento pode também ser verificado no CMS estudado, uma vez que não se percebe assuntos originários do plenário que influenciem ou proponham alguma ação ou algo de maior interesse relacionado à saúde pública.

Talvez esta inércia com relação à proposição de medidas e à discussão de políticas de saúde pública, atividade inerente e de suma importância dentro dos CMS, esteja fortemente ligada à falta de preparo e até falta de conhecimento por parte dos conselheiros.

Guizardi e Pinheiro (2006) apontam que a falta de preparo fica evidente quando em estudo realizado quase a totalidade das pessoas participantes afirmaram não conseguirem participar ativamente nestes espaços de discussão. Percebem ainda que as relações de poder assimétricas e o fato de não se sentirem preparadas para tais discussões, principalmente os representantes dos usuários, faz com que o discurso técnico e bem elaborado que prevalece nestes ambientes, faça parecer que só o executivo tem o conhecimento necessário e o poder para deliberar nestes espaços.

Guizardi e Pinheiro (2006) sugerem que esta percepção pode ser assim entendida devido ao fato de os conselheiros representantes governamentais comumente disporem de uma boa infraestrutura e toda uma rede de suporte que os apoia, diferentemente do que ocorre com os demais, principalmente os representantes dos usuários. Desta forma, os CS embora tenham o objetivo da participação democrática, podem não estar sendo espaços em que esteja realmente acontecendo a democratização das políticas públicas.

A falta de preparo e conhecimento, atrelado a fatores já mencionados como a alta incidência de funcionários da administração presentes na composição do CMS, permite afirmar que a verdadeira função do CS não está sendo cumprida conforme recomenda a legislação, embora em funcionamento, não demonstra claramente que está envolvido na formulação de propostas que atendam ao interesse da coletividade da qual representam.

7 CONCLUSÃO

De forma alguma se teve a pretensão de criticar ou desmerecer todo o trabalho já desenvolvido neste CMS, ao contrário, se buscou através dos dados analisados promover o fortalecimento e mudanças para que o CMS possa ser mais efetivo e para que os conselheiros consigam perceber a sua importância e serem protagonistas nestes espaços de discussão sobre o desenvolver das políticas de saúde públicas.

Percebe-se, no entanto, que houve muitas alterações na sua composição, e isto pode fragilizar este espaço, limitando ou dificultando o seu verdadeiro papel que é de participação nas tomadas de decisão sobre as políticas de saúde públicas, fiscalização das ações da gestão com relação aos serviços públicos e proposição de estratégias para melhoria das políticas de saúde no território em que estão inseridos.

A vasta participação de funcionários do executivo representando além do espaço governamental, também o espaço dos usuários, pode influenciar e tendenciar a tomada de decisão, uma vez que estes conselheiros dificilmente irão se opor ao que é encaminhado pela administração.

Um discurso semelhante e burocratizado presente nos documentos analisados tende a concluir que o CMS estudado por vezes atende somente ao que a administração municipal encaminha, e não propõe estratégias, sendo assim não atua verdadeiramente desempenhando o seu papel.

Os resultados encontrados apontam desafios para a efetivação do controle social por parte do CMS estudado. Dentre estes desafios pode-se citar uma maior participação por parte dos conselheiros para buscar tornar este espaço de discussão e negociação, onde todos possam expressar seus desejos e interesses sem medo e pelo mesmo fim, que é a melhoria e qualidade dos serviços de saúde.

Assim sendo, pode-se concluir que este CMS não é efetivo em sua atuação, embora se saiba que este problema afeta muitos CMS mais. No entanto, para fortalecer espaços desta natureza, é necessário continuar na busca por informações sobre sua organização e a dinâmica entre os participantes.

A capacitação dos conselheiros talvez seja uma ferramenta de valia para que os mesmos reconheçam sua importância dentro da gestão do SUS, e façam valer seus direitos e seus deveres como conselheiros.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, Maria Alice Gabiatti. **CONSELHOS DE SAÚDE: A percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social.** Dissertação de mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em:

<<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159142/001023188.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18: julho 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, p. 292.

_____. 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, set. 1990.

_____. 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. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 19: maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. **Participação e Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

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

FORQUETINHA (Município). Decreto nº 960, de 03 de março de 2015. Homologa o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde - CMS, e dá outras providências.

_____. Lei municipal nº 13, de 22 de fevereiro de 2001. Cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS, e dá outras providências.

_____. Lei Municipal nº 860 de 25 de março de 2013. Dispõe sobre o Código de Pessoal Regime Jurídico Único dos servidores públicos do Município de FORQUETINHA, e dá outras providências.

_____. Portaria nº 2478 de 02 de agosto de 2018. Nomeia os membros integrantes do conselho municipal de saúde - CMS, e dá outras providências.

_____. Portaria nº 2339 de 15 de janeiro de 2018. Nomeia os membros integrantes do conselho municipal de saúde - CMS, e dá outras providências.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2018.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, jun. 2015.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LANDERDHAL, Maria Celeste et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho municipal de saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 17, n. 2, p. 163-172, jun. 2016.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, abr. 2006.

SALIBA, N. A. et al. Conselhos de saúde: Conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009.

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, p. 117-125, maio 2012. Suplemento 1.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010.

STRALEN, Cornelis Johannes Van et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, set. 2006.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de conselhos municipais de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2315-2326, dez. 2011.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.