



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Dib Zambon, Vera; Niituma Ogata, Márcia
Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 45, núm. 4, junio, 2011, pp. 890-897
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033311014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo

MUNICIPAL HEALTH COUNCIL COMPOSITIONS IN THE STATE OF SÃO PAULO

CONFIGURACIONES DE LOS CONSEJOS MUNICIPALES DE SALUD DE UNA REGIÓN DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Vera Dib Zambon¹, Márcia Niituma Ogata²

RESUMO

Este artigo discute o panorama das bases legais dos Conselhos de Saúde em uma região com seis municípios do Estado de São Paulo. A abordagem metodológica, cujos resultados foram apresentados e discutidos em categorias, é descritiva e exploratória, sustentada por pesquisa documental baseada nas normas nacionais, considerando aspectos de criação, estruturação, organização e funcionamento dos conselhos, criados em 1991. Quatro deles alteraram seus dispositivos legais sendo dois deles com inovações, tais como: eleição do presidente, mandato não coincidente com executivo, estrutura administrativa e comissões. Algumas leis dos conselhos têm inconsistências quanto às normas locais e nacionais em relação ao caráter deliberativo, paridade dos usuários, regimento interno, gestor como presidente nato e não garantia de estrutura administrativa e financeira para funcionamento. Conclui-se que, para garantir que os Conselhos de Saúde exerçam de forma adequada seu papel, é necessário buscar aprimoramento dos dispositivos legais e também enfatizar o aprimoramento do tema *participação social* nos currículos de Enfermagem.

DESCRIPTORES

Conselhos de Saúde
Políticas de Controle Social
Sistema Único de Saúde
Participação social
Educação em enfermagem

ABSTRACT

This article discusses the legal structure of the municipal Health Councils in a Health County in the state of São Paulo comprising six municipalities. This descriptive and exploratory study was based on documental research according to federal laws for the creation, organization, structure and routine work of the health councils. Results were presented and discussed in categories. The health councils were created in 1991, and four of them have changed their legal instruments, two of them have innovated in some procedures, such as election of the director, administration non-coincident with local majors, administrative structure and commissions. Some council regulations are in disagreement with local and federal laws, such as the deliberative character, parity representation of users, internal regiment, municipal staff in charge of council director, and no guarantee of administrative and financial support for routine work. It can be concluded that it is necessary to improve and correct regulations to guarantee a suitable performance of health councils and also to improve the discussion about *social participation* in the nursing curriculum.

DESCRIPTORS

Health Councils
Social Control Policies
Unified Health System
Social participation
Education, nursing

RESUMEN

Este artículo discute el panorama de bases legales de Consejos de Salud en una región con seis municipios del Estado de São Paulo. El abordaje metodológico es descriptivo, exploratorio, sustentado en investigación documental, basado en normas nacionales, considerando aspectos de creación, estructuración, organización y funcionamiento de consejos. Resultados presentados y discutidos en categorías. Los consejos nacieron en 1991; cuatro alteraron sus dispositivos legales, dos de ellos con innovaciones como elección del presidente, mandato no coincidente con el ejecutivo, estructura administrativa y comisiones. Algunas leyes de los consejos presentan inconsistencias respecto de normas locales y nacionales referidas al carácter deliberativo, igualdad de usuarios, régimen interno, gestor como presidente nato y falta de garantías de estructura administrativo-financiera para su funcionamiento. Se concluye en que, para garantizar que los Consejos de Salud ejerzan adecuadamente su papel, debe buscarse optimización de dispositivos legales y enfatizar la *participación social* en los currículos de Enfermería.

DESCRIPTORES

Consejos de Salud
Políticas de Control Social
Sistema Único de Salud
Participación social
Educación en enfermería

¹ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Carlos, SP, Brasil. verazambon@yahoo.com.br ² Professora Associada do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. ogata@ufscar.br.

INTRODUÇÃO

O ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou do desejo da sociedade, explicitado no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em um momento em que o país estava sob o regime ditatorial, quando o Estado exercia alto controle sobre a sociedade. A participação direta da comunidade, proposta nesse movimento, surgiu diante da crise de legitimidade das formas convencionais de representação de interesses, por pressões dos movimentos sociais, e inspirada em recomendações das agências internacionais⁽¹⁾.

Fruto desse movimento, a Carta Magna, promulgada em 1988, denominada Constituição Cidadã, garantiu a criação do SUS o qual tem, em seu bojo, inúmeros dispositivos que garantem a participação da comunidade na tomada de decisões pelo Estado, constituindo-se em um dos princípios organizativos do sistema, juntamente com a descentralização e o atendimento integral⁽²⁾.

A regulamentação da participação da comunidade no SUS deu-se através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90. Em consonância com o princípio da descentralização, essa lei determina que em cada esfera de governo federal, estadual e municipal haverá instâncias colegiadas, conferindo aos conselhos de saúde

caráter permanente e deliberativo atuando no controle da execução da política pública na instância correspondente, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros⁽²⁾.

O processo de instalação de conselhos de saúde foi potencializado no país pelas Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 1991. Os 5.564 municípios brasileiros possuem Conselho Municipal de Saúde (CMS) instalados de acordo com a pesquisa⁽³⁾, embora na base de dados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde constem informações de 5.553 conselhos municipais⁽⁴⁾.

Os conselhos de saúde configuram-se como *uma das principais e mais interessantes inovações da organização sanitária brasileira contemporânea* e vêm se qualificando cada vez mais em objetos de investigação e reflexão teórica de estudiosos⁽⁵⁾. No contexto das organizações, as estruturas tradicionalmente verticalizadas estão cedendo espaço a formas mais democráticas, configuradas por meio de redes, grupos, equipes e profissionais, os quais exigem cada vez mais voz nos processos decisórios⁽⁶⁾.

Tal fato tem trazido ao enfermeiro, além do aprimoramento do exercício da liderança, a ocupação de diversas representações nesses espaços colegiados. Pode-se creditar ao enfermeiro importante papel no fortalecimento do controle social no SUS, através do exercício de

suas funções⁽⁷⁾, como trabalhador da saúde, gestor ou prestador de serviço, além de promover a participação dos usuários.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem⁽⁸⁾, em seu Art. 5º, indicam que a formação do enfermeiro deve dotar o profissional para o exercício de competências e habilidades específicas, dentre elas: a compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais e o reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações; a saúde como direito; a participação na composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde e o reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Iniciativas de revisão de currículos de graduação em Enfermagem estão em curso, aproximando o processo de educação e o trabalho⁽⁹⁾, o que corrobora a necessidade de introduzir no ensino temas relacionados à política de saúde no Brasil, incluindo-se as instâncias de controle social no SUS⁽¹⁰⁾.

As Funções Essenciais da Saúde Pública para formação do enfermeiro, inseridas enquanto recomendação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), representam a base sobre a qual os programas podem ser *construídos ou aprimorados*, e incluem a participação social na saúde⁽¹¹⁾.

Em tal contexto, esse tema, contemplado enquanto essencial à saúde pública, necessita ser mais enfatizado nos currículos, considerando que o SUS prevê a participação social em seus princípios organizativos com a participação do usuário e dos profissionais de saúde nos conselhos e conferências de saúde⁽¹²⁾.

Os conselhos de saúde configuram-se como *uma das principais e mais interessantes inovações da organização sanitária brasileira contemporânea* e vêm se qualificando cada vez mais em objetos de investigação e reflexão teórica de estudiosos...

OBJETIVO

Este estudo analisará os CMS de uma Região de Saúde do Estado de São Paulo abordando aspectos relacionados à criação, estruturação, organização e funcionamento dessas instâncias pautadas nas recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

MÉTODO

Considerando o objetivo de apresentação do panorama dos CMS, escolheu-se a região de saúde que abrange o município em que se localiza a instituição dos pesquisadores e os de seu entorno, com portes populacionais distintos, a qual foi denominada Região Coração do DRS III no processo de regionalização do Estado de São Paulo, desencadeado em 2007. O estudo caracteriza-se metodologicamente como uma abordagem descritiva e explorató-

ria, sustentada a partir de pesquisa documental realizada no período de junho a dezembro de 2008, no Departamento Regional de Saúde III de Araraquara/SP.

O presente trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, através do Parecer nº 237/2008.

A organização e análise dos dados consistiram em identificar, nas legislações dos CMS, questões baseadas na Resolução CNS nº 333 de 2003 e em outros dispositivos legais do SUS^(2,13), as quais foram discutidas nas categorias: criação dos conselhos de saúde, definição dos conselhos e seu caráter deliberativo, composição e representatividade dos conselhos de saúde, número de conselheiros por segmento e paridade, forma de escolha dos membros e do presidente do conselho de saúde, estrutura administrativa e financeira dos conselhos de saúde, existência de comissões, reuniões do plenário dos conselhos de saúde e participação da população nas reuniões.

Na apresentação e discussão dos dados, optou-se por codificar os municípios de 1 a 6, conferindo-lhes números correspondentes à ordem alfabética de seus nomes.

Quadro 1 - Legislações dos Conselhos Municipais de Saúde na Região de Saúde Coração do DRS III - São Carlos, SP - 2008

Município	Ano de Criação	Alteração da Legislação	O que alterou?
1	1991	Não	-
2	1991	05/04/2001	• Eleição do presidente, término do mandato não coincidente com executivo, garantia de estrutura administrativa, existência de comissões etc.
3	1991	21/05/2002 09/03/2005	• Sessões plenárias passam a instalar-se com a presença de 1/3 de seus membros, que deliberarão pela maioria; • Criação do CMS através de Lei com algumas inovações: eleição do presidente, garantia de estrutura administrativa e financeira, existência de comissões etc.
4	1991	09/07/1991 12/04/2005	• 1991: número de participantes das representações do CMS; • 2005: com outras alterações, porém sem inovações significativas.
5	1991	Não	-
6	1991	25/07/2003	• Eleição do presidente, término do mandato não coincidente com executivo, garantia de estrutura administrativa e financeira, existência de comissões etc.

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

Pode-se observar que alterações de legislação não ocorreram de forma uniforme ao longo do tempo nos municípios; inovações significativas estão presentes somente nos municípios 2, 3 e 6.

As legislações dos CMS da Região de Saúde definem que o funcionamento dessas instâncias será regido por normas internas para o estabelecimento das *regras do jogo*, normatizando os procedimentos dos conselhos e orientando o processo decisório⁽¹⁴⁾.

Verificou-se, na Região, a inexistência desse dispositivo nos municípios 4 e 5, contrariando a Resolução nº 333.

Definição dos conselhos e seu caráter deliberativo

A definição dos CMS na Região de Saúde apresenta-se de várias formas nos aparatos legais, assim como

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Criação dos Conselhos de Saúde

Os CMS foram instituídos em 1991, fruto de leis específicas nos municípios 1, 2, 4 e 5 e de Decreto Executivo no município 3. No município 6, a criação do conselho deu-se através da Lei do Fundo Municipal de Saúde^(a).

Esses dados estão compatíveis com os do Estado de São Paulo e com os do Brasil, respectivamente; 87,75% e 86,24% dos CMS foram criados por meio de Leis⁽⁴⁾, de acordo com Resolução CNS nº 333 de 2003⁽¹³⁾.

As políticas indutoras nacionais foram determinantes para a criação dessas instâncias em 1991, pois condicionavam sua existência ao recebimento das transferências financeiras federais. Consequentemente, 92% dos CMS no Brasil foram criados nesse período⁽⁵⁾.

O processo de revisão das legislações existentes, as quais regulam os conselhos de saúde na Região, está apresentado no Quadro 1.

suas características básicas, conforme apresentado no Quadro 2.

À exceção do município 5, que apresenta o conselho como consultivo, e do município 4 que não explicita seu caráter deliberativo, os demais estão em consonância com a legislação vigente.

Constata-se que, em alguns municípios, não há, de forma explícita, o reconhecimento do caráter deliberativo da participação da comunidade nas decisões sobre a política de saúde, o que demonstra necessidade de revisões por parte dos governos locais e dos próprios conselhos.

^(a) Fundo Municipal de Saúde é um instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, destinado a gerir recursos da saúde do município.

Quadro 2 - Definição e Características dos Conselhos Municipais de Saúde na Região de Saúde Coração do DRS III - São Carlos, SP - 2008

Município	Definição do Conselho	Características dos CMS
1	Órgão integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde.	Não explicita caráter deliberativo, porém cita que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios.
2	Órgão colegiado superior, responsável pelo SUS no município.	Caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo.
3	Órgão permanente, deliberativo e normativo do SUS no âmbito municipal.	Caráter deliberativo e normativo.
4	Órgão integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde.	Não explicita caráter deliberativo, porém cita que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios.
5	Não define.	Não explicita caráter deliberativo, porém cita que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios. A Lei Orgânica Municipal lhe confere caráter consultivo.
6	Instância colegiada deliberativa e de natureza permanente, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde.	Caráter deliberativo.

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

Composição e representatividade dos conselhos de saúde

De acordo com Resolução nº 333, o conselho de saúde é composto por representantes dos segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde.

O Quadro 3 apresenta as entidades ou representações por categoria e subcategorias de conselheiros, contempladas nas legislações municipais da Região de Saúde em estudo.

Quadro 3 - Composição dos Conselhos Municipais de Saúde na Região de Saúde Coração do DRS III - São Carlos, SP - 2008

Categorias	Subcategorias	Municípios
Governo	Secretaria Municipal de Saúde	1, 2, 3, 4, 5, 6
	Secretaria Estadual de Saúde	1, 4, 5, 6
	Outras Secretarias Municipais	4, 5, 6
Prestadores de Serviços de Saúde	Serviços conveniados ou não do SUS	1
	Serviços Públicos, Filantrópicos e Privados do SUS	2, 4, 5 e 6
	Medicina de Grupo	4
Trabalhadores de Saúde	Entidades de Profissionais não discriminados	1, 2 e 6
	Entidade pública ou privada de saúde	3 e 4
	Entidades Médicas	6
	Entidades de Cirurgiões-Dentistas	4, 6
	Entidades de Enfermagem	6
	Entidade formadora de recursos humanos na área de saúde	6
Usuários	Entidades de trabalhadores	2, 4
	Movimentos comunitários e sociais	2, 3, 4, 6
	Entidades Patronais ou entidades Privadas	2, 3
	Portadores de Agravos	2, 3, 4, 6
	Idosos, aposentados etc.	2, 3, 4
	Conselhos comunitários das unidades de saúde	2
	Usuário sem discriminação da entidade	5
	Usuários de Região de Saúde	6

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

Na categoria governo, verifica-se que a esfera estadual de saúde não tem representação, citada na legislação de criação, em 33,3% dos CMS, podendo-se inferir que, nesse processo, os municípios têm adquirido uma postura mais autônoma e independente em relação a essa esfera de governo.

Outro fato relevante é que as áreas sociais, como a Promoção Social, Educação e Cultura, estão representadas em alguns conselhos, o que parece refletir a valorização conferida à intersectorialidade nas questões da saúde. Isto corrobora as afirmações de que o comparecimento de representantes de outras áreas demonstra o compromisso de articulação intersetorial *intrínseco à visão de processo saúde-doença embutida no SUS*⁽⁵⁾.

Os prestadores de serviços de saúde estão representados nos CMS da Região, exceto no município 3. A Resolução nº 333 aponta que esse segmento deve conter prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Já os trabalhadores de saúde, exceto no município 5, estão representados nos CMS e agregam várias associações ou conselhos profissionais. Os municípios 3 e 4 definem suas representações como oriundas dos próprios serviços de saúde locais públicos e privados, conforme previsto em legislações municipais. Cita-se ainda, nesse segmento, a participação de representantes de instituição formadora de recursos humanos de saúde (município 6). Salienta-se a participação da enfermagem, enquanto categoria profissional, contemplada em um município como aquém do desejável, dada a sua importância numérica dentre os trabalhadores de saúde.

Os representantes dos usuários são oriundos de diversas entidades da sociedade, além de representantes de Regiões de Saúde ou Conselhos Gestores Locais. Destaca-se ainda que o município 5 não especifica em sua legislação qual é a entidade de representação do usuário.

De forma geral, com algumas exceções, os segmentos estão representados nos conselhos de saúde, conforme Resolução nº 333, e têm composição estabelecida em legislação local.

Número de conselheiros por segmento e paridade

A paridade dos usuários em relação aos demais componentes é considerada importante indicador do nível de democratização e autonomia dos Conselhos de Saúde^(15,16).

Conforme Lei nº 8142, os conselhos de saúde terão a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados⁽²⁾. A Resolução nº

Tabela 1 - Número de Conselheiros de Saúde e percentual de participação por categoria na Região de Saúde Coração do DRS III - São Carlos, SP - 2008

Município	Usuário	%	Trab. de Saúde	%	Prest. de Serviço	%	Gestão	%	Total
1	8	50	4	25	2	12,5	2	12,5	16
2	9	50	3	16,6	3	16,6	3	16,6	18
3	8	50	4	25	0	0	4	25	16
4	8	44	3	16,6	3	16,6	4	22,2	18
5	6	50	2	16,6	2	16,6	2	16,6	12
6	12	50	6	25	2	8,3	4	16,6	24
Total	51	49	22	21	12	12	19	18	104

Fonte: Leis, Decretos Municipais e Portarias Municipais.

Verifica-se que, com exceção do município 4, há paridade na participação de usuários, ou seja, 50% desses em relação aos demais membros do conselho (trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestão).

Ao se confrontarem as distribuições dos conselheiros, verifica-se que os usuários e trabalhadores de saúde estão aquém dos percentuais de participação recomendados em 50% dos CMS, conferindo à representação de prestadores de serviços e governo uma participação de 30% do total de conselheiros.

De forma semelhante, pesquisa em âmbito nacional⁽¹⁵⁾ desenvolvida constatou que 68,5% dos CMS respeitam a paridade dos usuários em relação aos demais segmentos e somente 25% respeitam integralmente a recomendação da Resolução do CNS. Essa hiper-representação dos gestores nos conselhos de saúde pode comprometer o controle social, merecendo, portanto, revisão de sua composição⁽¹⁴⁾.

Forma de escolha dos membros e presidente do conselho de saúde

Os CMS, com exceção do município 5, terão seus conselheiros indicados pelos seus pares, em coerência com o recomendado pela Resolução nº 333. Isso propicia a escolha do conselheiro articulada às bases das entidades de representação e dificulta processos dirigidos e clientelistas, frutos de baixa organização da sociedade civil⁽¹⁷⁾.

Destaca-se o texto encontrado no município 5, em que os conselheiros *serão nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante critérios a serem estabelecidos por Decreto*; em contrapartida, o município 6 determina que os *usuários das regiões deverão ser eleitos entre seus pares* e as entidades representativas dos usuários e das categorias profissionais, *em assembleias amplamente divulgadas*.

Já na modalidade de escolha da coordenação ou presidência dos CMS, observa-se que 50% dos municípios (2, 3 e

333 recomenda a seguinte distribuição das vagas: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo e de prestadores de serviços.

Apresenta-se na Tabela 1 a quantidade de conselheiros de saúde existentes na Região estudada e suas respectivas categorias de representação.

6) contemplam eleição entre seus pares, enquanto, nas demais localidades, a presidência do Conselho fica a cargo do Secretário de Saúde, contrariando a Resolução nº 333⁽¹³⁾.

Salienta-se que, mesmo ocorrendo processos eleitorais para escolha do presidente em alguns CMS, o secretário de saúde é seu presidente, exceto no município 2, onde um usuário tem essa função. Relata-se ainda que em 50% dos CMS (municípios 1, 3 e 4) os secretários na função de presidente são enfermeiros.

De forma semelhante, estudos em âmbito nacional identificaram que as prevalências de gestores como presidentes de CMS foram de 67,1%⁽¹⁵⁾ e 63,8%⁽¹⁷⁾. Tal fato ocorre *possivelmente com esta obrigatoriedade cristalizada nas leis de decretos no âmbito municipal que criaram os Conselhos de Saúde e que os gestores só não são presidentes dos CMS em sua maioria, quando a votação é secreta*⁽¹⁵⁾.

A prevalência da centralização do poder no executivo local, com a coordenação dos conselhos exercida pelos gestores da saúde, mesmo em locais onde se adota escolha através de eleição, o que pode demonstrar que a sociedade civil ainda não se apropriou dessa conquista.

Estrutura administrativa e financeira dos conselhos de saúde

De acordo com a Resolução nº 333, os *Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa*, sendo definidos pelos próprios conselhos de saúde a *estrutura administrativa e o quadro de pessoal*...⁽¹³⁾ necessários para suas atividades.

Neste estudo, os municípios apresentam uma diversidade de situações estabelecidas em suas legislações locais, as quais estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Apoio Administrativo e Financeiro aos Conselhos Municipais de Saúde na Região de Saúde Coração do DRS III - São Carlos, SP - 2008

Município	Definição do Conselho	Características dos CMS
1	Não define.	Secretário do CMS: um servidor municipal, designado pelo Presidente.
2	Secretaria Municipal de Saúde: suporte técnico administrativo	Secretário Executivo escolhido entre os conselheiros titulares.
3	Órgão Municipal de Saúde: poderá prestar apoio administrativo e financeiro; O Conselho deverá propor dotação para atendimento de suas necessidades.	Secretaria Executiva, subordinada à presidência, com sala exclusiva, equipamentos básicos e, no mínimo, um funcionário municipal com qualificação compatível.
4	Não define.	Secretário: membro do CMS, eleito entre seus pares.
5	Não define.	Secretário Executivo, designado pelo Presidente.
6	Órgão Municipal de Saúde: infraestrutura necessária ao pleno funcionamento do CMS, recursos financeiros e materiais; Dotação orçamentária adequada para as necessidades.	Secretaria Executiva, subordinada à presidência, com sala exclusiva, equipamentos básicos e, no mínimo, um funcionário municipal com qualificação compatível.

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

De forma geral, as legislações dos CMS dos municípios 2, 3 e 6 apresentam algum tipo de apoio administrativo e financeiro, cabendo ao órgão municipal de saúde seu suprimento. Nos demais municípios, a ausência de clareza de apoio administrativo e financeiro pode gerar situação de vulnerabilidade, impedindo que os conselhos de saúde desempenhem suas funções adequadamente.

Verifica-se, através de informações disponíveis no Cadastro Nacional, que 33,9 % e 39,2% dos Conselhos têm secretaria executiva estruturada no Estado de São Paulo e no Brasil, respectivamente. Já os índices de dotação orçamentária correspondem a 11,0% e 17,6% dos CMS, também, respectivamente, no Estado de São Paulo e no Brasil⁽⁴⁾, explicitando a precariedade de infraestrutura dessas instâncias colegiadas.

Em estudo realizado⁽⁵⁾, somente 26% dos CMS dispunham de secretaria executiva, em análise do país como um todo, situação não alterada e revelada por estudo mais recente, o qual apontou que somente 24,86% dos CMS possuem secretaria executiva estruturada e 8,91% dispõem de recursos financeiros⁽¹⁷⁾.

Para verificar a vitalidade dos conselhos, a existência de secretaria-executiva indica o grau de estruturação do órgão, considerando que esse apoio é indispensável para garantir condições de funcionamento⁽⁵⁾.

De forma semelhante às questões anteriormente discutidas, a precariedade nas garantias de infraestrutura administrativa e financeira aos CMS demonstra o não reconhecimento dessas instâncias por parte dos governos locais.

Existência de comissões

Para o exercício de suas atribuições, os conselhos de saúde poderão instalar comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem

como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias⁽¹³⁾.

As comissões *têm caráter propositivo* com a principal atribuição de elaborar análises e pareceres sobre temas, os quais serão submetidos ao plenário, propiciando aos seus membros *a possibilidade de aprofundar os temas abordados*, além de estimular e qualificar a atuação de seus membros⁽¹⁸⁾.

As legislações dos CMS, com exceção do município 5, têm esses espaços previstos de diferentes maneiras e com denominações diversas: comissões especiais, de caráter transitório ou permanente, setoriais ou intersetoriais.

Em estudo realizado em âmbito nacional⁽¹⁷⁾ somente 8,9% dos CMS dispunham de comissões de caráter permanente e 3,73%, de outros tipos de comissões. A inexistência de comissões acarreta enfraquecimento do controle social local, à medida que não propicia subsídios e análises, desqualificando as decisões acerca das políticas públicas de saúde⁽¹⁸⁾.

Reuniões do plenário dos conselhos de saúde

As reuniões dos conselhos de saúde deverão ocorrer ordinariamente, no mínimo, uma vez ao mês, e, extraordinariamente, conforme disposto em regimento interno, além de serem abertas ao público. Tal dispositivo garante a continuidade dos *debates sobre temas e questões referentes ao controle social, à definição de diretrizes de políticas e à administração da gestão pública da saúde*⁽¹⁵⁾.

Nos CMS estudados, as reuniões devem ocorrer, ordinariamente, uma vez ao mês e extraordinariamente quando convocadas pelo seu presidente ou pelos seus membros, com exceção do município 5, no qual a periodicidade é semestral, contrariando a Resolução do CNS.

Os dados do Sistema Nacional dos Conselhos de Saúde⁽⁴⁾ mostram que 85,09% e 90,70% dos CMS, respectivamente no Estado de São Paulo e no Brasil, realizam regularmente reuniões no mínimo mensais. Outro estudo nacional demonstrou que 83,5% dos CMS realizavam reuniões ordinárias no mínimo mensais, e 15% faziam reuniões com espaços de tempo superiores a um mês. Observou-se ainda que, em 0,7% dos Conselhos, a frequência de reuniões é semestral, o que permite supor que esses CMS não interferem nas decisões da política de saúde local⁽¹⁵⁾.

Uma forma simples de verificar se um conselho de saúde funciona é identificar a ocorrência de reunião de forma regular e averiguar se possui alguma estrutura administrativa. O autor desse estudo apontou que a realização de reuniões é certamente a manifestação mais elementar de vida orgânica dos conselhos [...] É uma indicação direta do caráter ativo do Conselho⁽⁵⁾.

Participação da população nas reuniões

Quanto à participação da população nas reuniões, verifica-se que nos municípios 1, 2 e 4, as legislações são omissas; nos demais municípios, as plenárias são abertas à população, porém, com diferentes possibilidades de manifestação:

[...] serão abertas às pessoas interessadas, podendo ter direito à voz, por deliberação do Plenário (municípios 3 e 6);

As reuniões serão públicas, exceto quando algum conselheiro solicitar o contrário, devendo ser a sugestão objeto de decisão por parte dos conselheiros... (município 4).

A pesquisa de abrangência nacional constatou que todos os Conselhos Estaduais de Saúde e 89% dos CMS analisados têm suas reuniões abertas à população. Demonstrou ainda que os CMS que não facultam o direito à voz em reuniões têm, em maior proporção, o segmento gestor como seu presidente⁽¹⁵⁾.

Pode-se sugerir que ajustes nesses dispositivos garantiriam maior democratização desses espaços, propiciando ampliação da participação social.

REFERÊNCIAS

1. Wendhausen A. O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Brasília; 2001.
3. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da Política de Saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):795-805.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2008 nov. 28]. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/cns/>
5. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
6. Galvão CM, Trevisan MA, Sawada NO. A liderança do enfermeiro no Século XXI: algumas considerações. Rev Esc Enferm USP. 1998;32(4):302-6.
7. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):470-8.

CONCLUSÃO

Durante esses 20 anos do SUS é possível verificar avanços em relação às legislações nacionais que sustentam a participação da população através dos conselhos de saúde. A partir deste trabalho identifica-se o retrato desse aprimoramento na Região de Saúde em estudo. Destaca-se, porém, a despeito dos avanços ocorridos, que vários municípios ainda permanecem com legislações restritivas a formas mais autônomas, democráticas e efetivas de atuação dessas instâncias, apontando pela manutenção hegemônica do poder sobre a política pública de saúde nos governos locais.

Apesar de o enfermeiro ocupar a presidência de vários conselhos de saúde e também representar os trabalhadores desse setor, a categoria profissional ainda pouco se apropria do espaço de controle social no SUS.

Ressalta-se que o tema *Conselhos de Saúde* tem sido pouco tratado no âmbito da enfermagem, o que permite o surgimento de importantes discussões sob o ponto de vista da formação e da prática dos profissionais dessa área no país. O presente trabalho contribui para a produção de conhecimento na medida em que estuda a estruturação e dinâmica de funcionamento desses espaços colegiados.

Dessa forma, torna-se fundamental a inserção desses temas nas grades curriculares dos cursos de Enfermagem, com o objetivo de aprimorar o exercício da participação social no SUS.

Salienta-se que o estudo em um contexto específico de Região de Saúde pode evidenciar os diferentes avanços da participação social nos municípios. Permite, ainda, a geração de profícuas trocas de experiências entre os conselhos de saúde, com abrangência de todos os atores envolvidos e potencialização de processos com ajustes necessários para o aprimoramento do controle social a partir de espaços regionais de discussões, como os Colegiados de Gestão, estabelecidos a partir do Pacto pela Saúde em 2007.

8. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2008 nov. 28]. Disponível em: <http://www.ufv.br/seg/diretrizes/efg.pdf>
9. Oliveira MAC, Veríssimo MDLÓR, Püschel VA, Riesco MLG. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):820-5.
10. Bertolozzi MR, Greco RM. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):380-98.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Organização e Gestão de Sistemas de Saúde. *Enfermagem em saúde pública e as funções essenciais de saúde pública: fundamentos para a prática no século XXI*. Washington: OPAS; 2001.
12. Rodrigues CDS, Witt RR. Essential public health functions in the nursing curriculum at Federal University of Rio Grande do Sul. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2010 May 12];44(1):84-91. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a12v44n1.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2008 nov. 28]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm
14. Escorel S, Delgado MM. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulg Saúde Debate*. 2008;(43):62-78.
15. Moreira MR, Escorel S, Fernandes FMB, Delgado MM, Sucena LFM, Oliveira AN. A democratização nos Conselhos de Saúde. *Saúde Debate*. 2006;30(73-74):205-18.
16. Delgado MM, Escorel S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulg Saúde Debate*. 2008;(43):79-95.
17. Moreira MR. Democracia participativa, democracia representativa e os conselhos de saúde no contexto da reforma política. *Divulg Saúde Debate*. 2008;(43):15-22.
18. Balsemão A. Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília; 2003. p. 287-99. (Coletânea de Texto, v. 1)

Agradecimentos

Ao Departamento Regional de Saúde III de Araraquara por permitir o acesso aos documentos e à SES de São Paulo por proporcionar a compatibilização do trabalho com as atividades de mestrado.