



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Minardi Mitre Cotta, Rosângela; de Melo Caza, Mariana; Fernandes de Castro Rodrigues, Jôsi

Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 419-438

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838223010>

- ▶ 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

Participação, Controle Social

e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde*

1¹Rosângela Minardi Cotta, 2²Mariana de Melo Cazal, 3³Jôsi Fernandes de Castro Rodrigues |

Resumo: Para fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, é necessário o efetivo conhecimento do SUS; da legislação; da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc. Neste sentido, o presente estudo objetivou dimensionar o nível de informação e conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde de Viçosa – MG, em relação a suas atribuições e funções. Os elementos de análise do estudo foram: entrevistas semiestruturadas, no período de abril a julho de 2006, e a observação direta das reuniões. Do total de 44 conselheiros, 34 (77,3%) foram entrevistados; destes, 17 (50%) são representantes dos usuários, oito (23,5%) são representantes do Governo Municipal, sete (20,6%) são representantes dos prestadores de serviço e dois (5,9%) são representantes dos profissionais de saúde. Observa-se que 41,2% de conselheiros desconhecem o Regimento Interno, o que poderia estar dificultando o exercício de suas competências. O Plano Municipal de Saúde não é utilizado como um instrumento de consulta para avaliação das ações e serviços de saúde pelos conselheiros, pois a maioria (73,5%) afirma não o ter lido. A possibilidade de os conselheiros contribuírem para fiscalizar as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo de Saúde Municipal se torna restrita, pois 67,6% dos entrevistados não sabem analisar o Relatório de Gestão; 79,4% dos conselheiros nunca receberam capacitação e 85% relataram sentir necessidade de ser capacitados para atuar no conselho. A participação e o controle social conferem transparência ao bem público e, partindo do pressuposto que só se pode controlar aquilo que se conhece, justifica-se a necessidade contínua de cursos de capacitação para os conselheiros.

¹Doutora em Saúde Pública pela Universidad de Valencia, Espanha; professora adjunta de Política de Saúde, Departamento de Nutrição e Saúde - Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, MG. Endereço eletrônico: rmmmitre@ufv.br

²Graduanda em Nutrição/ Bolsista de Iniciação Científica - FAPEMIG - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde (UFV), Viçosa, MG.

³Graduanda em Nutrição - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde (UFV), Viçosa, MG.

Recebido em: 16/07/2008.
Aprovado em: 11/04/2009.

► **Palavras-chave:** Conselho Municipal de Saúde, conselheiros de saúde, capacitação, participação social, controle social.

Introdução

Dentre as inovações da reforma sanitária brasileira (RSB), destaca-se a ousada proposta de controle social. Durante o período ditatorial, o controle social significava o controle exclusivo do Estado sobre a sociedade, cerceando qualquer expressão popular, passando, a partir do processo de RSB, a significar o controle da sociedade sobre a ação do Estado (COTTA et al., 1998; 2006). Essa proposta se concretizou no Brasil principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação social - as Conferências e os Conselhos de Saúde - nas leis orgânicas da saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Destarte, o controle social passa a ser considerado uma conquista, sendo a principal estratégia de garantia da descentralização e municipalização da saúde (CORREIA, 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; COTTA et al., 2006).

Segundo Cunha (2003), o controle social conquistado pela sociedade civil deve ser entendido como instrumento e expressão da democracia. Busca-se, portanto, com a democratização, eliminar as formas tradicionais e autoritárias de gestão das políticas sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam a maior transparência das informações e da participação da sociedade no processo decisório (SILVA et al., 2007).

Mais ainda, esta participação da sociedade deve transcender a extensão executiva e burocrática, passando a ser pensada como um processo contínuo de democratização, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, onde o sujeito-cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS; VILLA, 2003; COTTA et al., 2006). De acordo com Chauí (1993), a cidadania ativa é aquela que institui o cidadão essencialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

O controle social passa a ser a pedra de toque do Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, viabilizando a qualidade dos serviços com a possibilidade concreta de inclusão dos usuários na pauta de decisões. Vale ressaltar, portanto, a visível necessidade de controle dos recursos públicos numa conjuntura globalizadora de diminuição de gastos sociais e enxugamento do Estado, associada à presença de situações que retratam o uso clientelístico dos recursos pelos governos locais,

além da apropriação indevida dos recursos públicos por parte de organizações privadas (COTTA et al., 1998; 2006).

Esse contexto do controle social, concebido como a participação direta da sociedade civil sobre os processos de gestão dos recursos públicos, reflete a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde. Sua visibilidade está condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais (CORREIA, 2005; GERSCHMAN, 2004). Sob esse aspecto, a efetivação do controle social na organização do SUS é representada pelos Conselhos e Conferências de Saúde. Essas instâncias protagonizam a participação da sociedade na gestão do sistema e articulam atores sociais portadores de interesses diferentes e olhares distintos sobre a realidade, nem sempre convergentes, onde as disputas de poder estão presentes, embora os processos de discussão busquem o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema público resolutivo e equânime (ASSIS; VILLA, 2003).

A aquisição desses espaços de participação foi primordial na organização de uma institucionalidade democrática, por meio da qual o direito à saúde não poderia concretizar-se em direito à cidadania. Deste modo, a saúde é reafirmada numa definição ampla e o direito a saúde é ressaltado como conquista social, que, para pleno exercício necessita garantir a participação da população na organização, gestão e controle das ações e serviços de saúde (GUIZARDI et al., 2004). Além disso, atualmente, as tentativas de criação dos Conselhos Municipais constituem um bom ponto de partida para se avançar na via de renovação da luta democrática (MARTINS, 2008). Assim, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, faz-se necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, conhecer efetivamente o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc., visando ao acompanhamento e avaliação do sistema de informações em saúde nos níveis municipal, estadual e federal (COTTA et al., 1998; SILVA et al., 2007).

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo dimensionar o nível de informação e conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde de Viçosa (MG), em relação a suas atribuições e funções, visando a definir estratégias a serem trabalhadas em programas e cursos de capacitação e educação continuada.

Metodologia

O estudo foi realizado na cidade de Viçosa, situada na região da Zona da Mata mineira, entre as Serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade, distando 225 Km de Belo Horizonte. A população residente é de 64.910 habitantes, sendo que, destes, 59.896 (92,27%) moram na zona urbana e 5.014 (7,73%) na zona rural, segundo o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000). Possui uma área territorial de 300,2 km², densidade demográfica de 216,2 hab/km² e uma altitude de 648 m. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) é 0,8, sendo a renda *per capita* média de 329,70 (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Trata-se de um estudo cujos elementos de análise foram: entrevistas semiestruturadas, realizadas por um único entrevistador devidamente treinado, durante o período de abril a julho de 2006 e observação direta, não participante, das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS). As entrevistas foram gravadas depois da autorização dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas.

O questionário elaborado pela equipe de pesquisadores e aplicado aos conselheiros abrange as seguintes dimensões: dados pessoais, conhecimento a respeito do papel do conselheiro e do CMS, nível de conhecimento sobre os documentos importantes para o exercício da função de conselheiros (Regimento Interno, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão) produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conhecimento sobre as fontes de financiamento do SUS para o município e questões relacionadas à capacitação dos conselheiros de saúde para o exercício das atividades no CMS. Do total de 44 conselheiros (22 titulares e 22 suplentes), participaram da pesquisa 34 (77,27%). Dentre os dez (22,73%) restantes, dois (4,56%) não aceitaram participar, três (6,83%) tinham os cargos vagos e cinco (11,4%) não foram encontrados.

A confidencialidade dos dados foi assegurada. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa aprovou a pesquisa e os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrada de dados foi feita por meio do programa Excel (Microsoft Corp., EUA) e os dados posteriormente transportados para o SPSS *versão 11.5* (SPSS Inc, Chicago, EUA), para realização da descrição e análise estatística. Foi elaborada a tabulação com frequências simples.

Resultados

Do total de conselheiros entrevistados, 17 (50%) são representantes dos usuários, oito (23,5%) do Governo Municipal, sete (20,6%) dos prestadores de serviço e dois (5,9%) dos profissionais de saúde. A média de idade dos conselheiros foi 46,82 anos, variando entre 22 a 69 anos. A renda familiar (RF) mediana foi 5,85 salários mínimos (SM), variando de 1 a 40 SM¹, sendo que 64,7% dos entrevistados apresentaram RF acima de quatro salários mínimos. Quanto à escolaridade, a maioria (67,6%) tinha ensino superior, 20,6% informaram ter ensino médio completo, 2,9% ensino fundamental completo e 8,8% tinham ensino fundamental incompleto.

No que se refere ao tempo de atuação no CMS, a mediana foi 18 meses, variando de dois a 192 meses, sendo que 82,35% dos conselheiros são membros do CMS a mais de 1 ano.

Conforme está demonstrado na tabela 1, quanto à forma de ingresso no CMS, destaca-se que 38,2 % foram eleitos por seus pares e 32,4% foram indicados pela diretoria da instituição. Mais especificamente, no que se refere aos representantes dos usuários, 52,9% foram eleitos entre seus pares e 29,4% foram indicados, enquanto que 37,5% dos representantes do governo municipal foram indicados pelo prefeito. Ressalta-se, ainda, que 64,7% dos conselheiros da gestão atual já foram membros do CMS de Viçosa em outra gestão.

Tabela 1. Forma de ingresso dos conselheiros, por categoria, Conselho Municipal de Saúde, Viçosa-MG (2006)

	Categoria que representa no CMS							
	Usuários		Governo Municipal		Prestadores de serviço		Profissionais de saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Indicado pela SMS	1	5,9						
Indicado pelo titular			2	25	1	14,3		
Indicado pelo prefeito			3	37,5				
Convocado por ser presidente da entidade	3	17,6						
Indicado pela instituição	4	23,5	3	37,5	4	57,1		
Eleito pelos pares	9	52,9			2	28,6	2	100
Total	17	100	8	100	7	100	2	100

Na tabela 2, expõe-se o nível de apreensão e conhecimento dos conselheiros entrevistados sobre o conceito de CMS. As respostas foram categorizadas levando-se em consideração a legislação vigente sobre o CMS. Destaca-se que 29,4% dos conselheiros responderam ser este um órgão deliberativo; 20,6% disseram que conselho é um grupo de pessoas que discutem e buscam melhorias para saúde; e ainda 8,8% dos conselheiros afirmaram que é um órgão de controle social.

Tabela 2. Nível de apreensão e conhecimento sobre o conceito de Conselho de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Viçosa-MG (2006)

Apreensão e conhecimento sobre o conceito de conselho	n	%
Órgão deliberativo	10	29,4
Grupo de pessoas que discutem e buscam melhorias para saúde	7	20,6
Órgão de fiscalização	5	14,7
Órgão para tomar decisões	4	11,8
Órgão de controle social	3	8,8
Lugar de gestão dos recursos para a saúde	3	8,8
Órgão de consultoria e orientação do prefeito	1	2,9
Instância estabelecida obrigatoriamente	1	2,9
Total	34	100

Conforme está demonstrado na tabela 3, quando questionados sobre a função dos conselheiros no CMS, a maioria dos entrevistados (61,8%) fez referência apenas às funções diretamente ligadas ao momento das reuniões do conselho, como por exemplo: acompanhar e participar das reuniões (29,4%); fiscalizar as ações e deliberar nas reuniões (20,6%); deliberar nas reuniões (8,8%) e escutar nas reuniões (2,9%). E ainda, 8,8% disseram não ter função.

Tabela 3 - Conhecimento sobre a função do conselheiro, Conselho Municipal de Saúde, Viçosa-MG (2006)

Função do conselheiro	n	%
Acompanhar e participar das reuniões	10	29,4%
Fiscalizar as ações e deliberar nas reuniões	7	20,6%
Representar a sociedade	7	20,6%
Deliberar nas reuniões	3	8,8%
Não tenho função	3	8,8%
Ter conhecimento da saúde do município	2	5,8%
Implantar as decisões tomadas no CMS	1	2,9%
Ir às reuniões para escutar	1	2,9%
Total	34	100

Em relação ao conhecimento dos conselheiros quanto às fontes de financiamento do SUS no município, 58,8% dos entrevistados disseram conhecer em partes; 29,4% disseram conhecer para fins de avaliação; e 11,8% não sabem informar quais as fontes de financiamento. Não obstante, no que se refere ao conhecimento dos documentos relativos à prática do controle social no município (Regimento Interno, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão) produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e deliberados pelo CMS, 55,9% dos entrevistados informaram ter conhecimento sobre o Regimento Interno e 44,1% relataram não ter conhecimento deste. Quanto ao Plano Municipal de Saúde (PMS), 73,5% nunca o leram; e em relação ao Relatório de Gestão, 67,6% responderam que não sabem analisá-lo, 26,5% disseram que sabem analisá-lo e 5,8% que sabem analisá-lo em partes.

No que concerne à capacitação e/ou educação continuada para o exercício no CMS, observou-se que 79,4% dos conselheiros nunca receberam nenhum tipo de capacitação e/ou educação continuada, destacando-se que 85% relataram sentir necessidade de receber algum tipo de capacitação para atuar no CMS. Todos os conselheiros mencionaram o fato de que cursos de capacitação são fundamentais para o exercício do controle social.

Discussão

Os resultados do estudo informam que a maioria dos conselheiros entrevistados apresentou ensino superior, o que vai ao encontro dos resultados em estudo realizado por Van Stralen et al. (2006), que constataram que cinco dos nove conselheiros de

nove municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul possuíam ensino superior completo. Os mesmos autores notam haver tendência à elitização da participação nos conselhos, devido ao grau de instrução dos conselheiros ser, geralmente, mais alto do que o da média dos usuários do SUS. Mais ainda, a inserção desses conselheiros revelou-se de maneira desigual, na medida em que 37,5% dos representantes do governo municipal foram indicados pelo prefeito, ao passo que 52,9% dos representantes dos usuários foram eleitos pelos pares. As possibilidades de acesso ao Conselho pareciam variar do grupo político ao qual o conselheiro estava vinculado. Nesse sentido, pode-se supor que esse deslocamento da representatividade não é obviamente inocente (DAGNINO, 2002).

Nesta perspectiva, como assinala Tatagiba (2002), o mecanismo de representação no qual os representantes são indicados e escolhidos obedecendo a outros critérios que não o conhecimento, o compromisso e o poder efetivo de decisão acerca da temática em questão, limita uma articulação entre o representante e o governo que impacte positivamente as instituições do Estado, rumo a uma maior democratização. De forma complementar, Cohn (2003) assinala que essa elitização é expressa também pela baixa rotatividade dos conselheiros. Van Stralen et al. (2003) encontraram evidências de baixa rotatividade, visto que apenas um dos conselheiros encontrava-se no primeiro mandato. Tendo em vista que o tempo de mandato são dois anos, constatou-se situação semelhante no presente estudo, sendo a maioria dos conselheiros membros do CMS há mais de um ano e que 64,7% destes já foram membros em outra gestão.

Essa baixa rotatividade dos membros do Conselho de Saúde pode ser explicada, provavelmente, por uma insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, permitindo que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências aí presentes (COHN, 2003). Os conselhos devem delimitar o período de representação dos conselheiros para garantir a renovação do seu pleno e limitar a participação da mesma pessoa em várias comissões temáticas, para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que, segundo a Lei nº 8.142/90, os Conselhos de Saúde “atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”. No mesmo sentido, a Resolução nº 333/2003, na primeira diretriz, define: “O Conselho de Saúde é

um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde em cada esfera do governo, que consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde, como subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social" (BRASIL, 2003). No entanto, observou-se que apesar da diversidade de respostas apresentada pelos entrevistados a respeito do papel e função do conselho, poucos fizeram referência ao objetivo primordial deste, apresentado pelas legislações acima citadas, ou seja, o exercício do controle social, o que pode ser observado nos depoimentos dados por alguns conselheiros:

É um órgão que determina todas as deliberações de saúde.

É onde se reúne um grupo de pessoas que falem uma linguagem só, que preocupem em resolver prioridades, um mesmo pensamento que preocupe diretamente com o povo sofrido.

Um lugar de reuniões que serve para fiscalizar o sistema de saúde".

Órgão que serve para receber reclamações e sugestões, para tomar decisões na área da saúde para população.

Na análise dessas respostas, chama a atenção o fato de que os conselheiros apresentam conceitos bastante divergentes em relação ao conselho, variando desde espaços deliberativos até o conselho como espaços de reuniões para fiscalizar o sistema de saúde. É possível até dizer, com base nas entrevistas, que o conceito principal de conselho - órgão de controle social - não foi o mais valorizado.

Aqui um ponto importante a destacar é que Gerschman (2004), em seu estudo, também observou que poucos entrevistados atribuem ao conselho o papel de exercer o controle social, o que é um dado preocupante, por ser este um atributo essencial deste órgão, idealizado pelo movimento da reforma sanitária e incorporado à legislação do SUS (COTTA et al., 1998). Os conselhos são locais privilegiados porque constituem canais de participação social na política local, institucionalizados em 1988 e difundidos nos anos 1990. Embora haja diferenças importantes no efetivo funcionamento desse recurso de prática e fortalecimento da democracia participativa, que inspirou os constituintes, esses são, sem dúvida, canais institucionais que possibilitam maior controle sobre as atribuições das prefeituras e ampliam a participação da sociedade (CASTRO, 2007). Inclusive, no tema "A participação da sociedade na efetivação do direito humano da saúde", do relatório final da 13º Conferência Nacional de Saúde realizada em 2008, fica estabelecido que para o fortalecimento do controle social, os Conselhos de Saúde devem criar

comissões temáticas intersetoriais para aprofundar discussões sobre assuntos específicos de acordo com as necessidades locais e regionais, no sentido de garantir a qualidade da atenção aos usuários.

Quanto ao conhecimento dos conselheiros em relação a sua função no CMS, em várias falas, a maioria dos conselheiros limita sua função à simples participação nas reuniões; por conseguinte, consta-se a impressão de que a desinformação está mais presente do que nunca, conforme se ilustra pelos depoimentos que se seguem:

Estou lá na reunião para discutir os assuntos em pauta e contribuir com aquilo que posso.

Deliberar as questões de saúde do município que estão na pauta.

Ir lá na reunião, sentar e escutar.

Este fato se torna ainda mais preocupante ao analisarmos a ampla função do conselheiro, conforme orienta o *Guia do Conselheiro* (BRASIL/MS, 2002, p. 31): “é papel do Conselheiro de Saúde participar na formulação das políticas de saúde, acompanhar a implantação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implantação definitiva dessas políticas”.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que nenhum conselheiro relacionou sua função no CMS ao exercício do controle social, viabilizando a participação da sociedade junto ao governo na gestão da política de saúde. Resultado semelhante foi obtido por Wendhausen e Caponi (2002). Isso em grande parte se deve a um relativo desconhecimento sobre seu papel no CMS, refletindo a ausência de capacitação para o exercício da função (BELINI, 2005), sendo que a efetivação de suas atribuições está relacionada com o nível de formação e informação que os conselheiros apresentam para poder decidir e controlar as políticas públicas (COUTINHO, 1997).

Neste sentido, Tatagiba (2002) aponta a desqualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções como um dos principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade. Em seu estudo, o qual consiste na análise dos conselhos gestores do Paraná, incluindo os Conselhos Municipais de Saúde, objetivando identificar os processos decisórios no interior dos mesmos, conclui que os conselhos parecem regidos por uma lógica contraditória, marcada pela correlação entre o peso dos traços autoritários das instituições estatais brasileiras e o peso do recente adensamento da sociedade, por meio da criação de novos espaços de negociação e representação políticas. Os conselhos, nesse contexto, surgem com as ambiguidades, os desafios e as promessas de uma forma partilhada

de construção de políticas públicas, sob a égide de uma cultura política na qual predominam referências autoritárias, direcionando-os para uma baixa capacidade propositiva e um reduzido poder de influência sobre o processo de definição das políticas públicas. É importante enfatizar que a simples existência de um conselho, funcionando conforme preconiza a legislação, não significa sua legitimação. Além disso, é necessário que o conselheiro conheça seu papel e a finalidade do conselho, onde o silenciamento advindo da falta de preparo não pode ser superior à prática legal de participação e controle social (SOARES; TRINCAUS, 2006).

Segundo Correia (2005), o tema que os conselheiros de saúde mais têm tido dificuldades em compreender é o financiamento do SUS, fato este constatado no presente estudo, onde a maioria dos conselheiros conhece apenas parcialmente as fontes de onde provêm as verbas do SUS. Esta deficiência é sempre pauta de fóruns - como plenárias, congressos e conferências - e tem sido a área em que os conselheiros mais solicitam capacitações, dada a importância de se controlar os recursos públicos, já que é a aplicação desses que desenha o rumo da política de saúde nas três esferas do governo. Por isso, cabe ao conselho fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação do Fundo de Saúde. Sendo este último o meio pelo qual ocorre o repasse dos recursos federais para estados e municípios e destes para as entidades prestadoras de serviço, deveria estar sob o olhar atento da sociedade (TATAGIBA, 2002). Como definido na 13º Conferência de Saúde (2008), os conselhos devem criar comissões permanentes de orçamento e finanças, com acesso às contas do Fundo de Saúde, para acompanhar e fiscalizar a aplicabilidade dos recursos financeiros destinados às ações e aos serviços de saúde.

É válido afirmar que, na prática, os conselheiros não participam das decisões sobre alocação de recursos da saúde. Entretanto, para a concretização do controle social, torna-se indispensável a organização e o acesso às decisões, como forma de garantir a participação nas decisões do Estado, sobretudo no que tange ao financiamento da saúde. Logo, o controle social emerge como efeito da participação, na medida em que esta se caracteriza pela organização e pelo acesso às decisões (GUIZARDI et al., 2004; CUNHA, et al., 2003).

Infelizmente, há ainda a ressalva, constatada em nossas análises: 41,2% dos entrevistados não conheciam o Regimento Interno do município de Viçosa. Sabendo que este é um dos documentos responsáveis pela estruturação dos processos de discussão e deliberação dos conselhos, tendo como objetivo disciplinar o

funcionamento deste último, o Regimento Interno deveria ser elaborado e aprovado pelo próprio plenário e conter os seguintes tópicos: natureza, finalidade e competências do conselho e sua organização quanto ao Plenário. Segundo Correia (2005), o regimento deve tratar da organização administrativa e definir a forma de escolha (recomenda-se eleição entre os conselheiros), o mandato e as atribuições do presidente do conselho e de sua coordenação.

Vale lembrar que o CMS de Viçosa possui seu Regimento Interno e este dispõe sobre as atribuições e atividades do conselho (Diretrizes Básicas de Atuação, Composição, Atribuições e Funcionamento, Órgãos Integrantes, Plenário e Mesa Diretora, Conferência Municipal de Saúde). No entanto, o fato de muitos conselheiros desconhecerem o Regimento Interno constitui um entrave para o funcionamento do conselho, dificultando o exercício de suas competências. Resultado semelhante foi encontrado por Presoto e Westphal (2005), que demonstraram em seu estudo que as competências estabelecidas nos regimentos não têm se efetivado na prática, porque os conselheiros não conhecem suas funções definidas pela legislação.

Outro aspecto que seguramente atua como fator dificultador do adequado exercício da função de conselheiro é o desconhecimento do Plano Municipal de Saúde do município. Como define a Lei nº 8.080/90, no Art. 36, os Planos de Saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, sendo sua elaboração obrigatória para os municípios receberem os recursos do Governo Federal. A Resolução nº 333/2003, *da competência dos Conselhos de Saúde, parágrafo V e VII*, delibera que os conselhos devem participar da elaboração desse plano e proceder à sua revisão periódica. Logo, é importante que essa participação ocorra em todos os momentos do planejamento, desde o diagnóstico da realidade, com o levantamento e priorização dos problemas, definição de objetivos e ações para o enfrentamento dos mesmos, até o acompanhamento da execução do que foi planejado e avaliação do impacto das ações implementadas (CORREIA, 2005).

Desde essa perspectiva, o PMS deveria ser um documento de constante consulta dos conselheiros, pois através dele pode-se analisar a situação de saúde do município, avaliando o cumprimento das prioridades e ações do governo. Observa-se que a elaboração do PMS se reduz ao simples cumprimento burocrático das exigências legais (Lei nº 8.080/90) para a municipalização, mas na prática, conforme apontam Cotta et al. (1998), o PMS não é utilizado como um instrumento de consulta para avaliação das ações e serviços de saúde pelos conselheiros. Constata-se ainda

que no próprio Regimento Interno do CMS de Viçosa, está explícito no Art. 7º, parágrafo II, que uma de suas atribuições é deliberar sobre a adequação do PMS, fiscalizando, acompanhando e avaliando o cumprimento da política que orienta o plano. Isso demonstra que grande parte dos conselheiros aparenta nunca terem lido o PMS, desconhecendo também seu próprio Regimento Interno.

Em relação ao Relatório de Gestão, segundo a Resolução nº 333/2003, compete ao conselho analisá-lo, discuti-lo e aprová-lo, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento. De acordo com o relatório da 13º Conferência (BRASIL, 2008) deve-se exigir dos gestores a prestação de contas e do relatório de gestão em audiências públicas, remetendo-os aos Conselhos de Saúde e divulgando-os em meio expresso e eletrônico. Por outro lado, o fato de o Relatório de Gestão ser entregue aos conselheiros não efetiva o controle de custos, pois constata-se, no presente estudo, que 67,6% dos entrevistados responderam que não sabem analisá-lo. Portanto, a possibilidade de os conselheiros contribuírem para fiscalizar as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde parece restrita. Assim sendo, a ausência de qualificação carrega para o interior desses espaços públicos uma desigualdade adicional que pode acabar reproduzindo exatamente o que eles têm por objetivo eliminar - o acesso privilegiado aos recursos do Estado que engendra a desigualdade social mais ampla (DAGNINO, 2002).

Outra situação observada neste estudo foi que 79,4% dos conselheiros nunca receberam nenhum tipo de capacitação. Esta falta de preparo também foi verificada no estudo de Coutinho (1997), no qual o autor relata que a falta da informação técnica por parte dos conselheiros dificulta o acompanhamento das discussões realizadas no conselho estudado. Segundo Wendhausen e Caponi (2002), os Conselhos de Saúde foram criados tendo como princípio a participação efetiva de todos os setores sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, mas há dificuldade de que isso possa ocorrer, diante da diferença de preparo dos conselheiros.

É verdade que não há nada que impeça a oferta de capacitações aos conselheiros visando a um entendimento maior sobre sua atuação nas políticas de saúde (BELINI, 2005). Contudo, as experiências de capacitação apresentam-se timidamente em nossa sociedade, pois a consecução desses cursos de capacitação depende, ainda, da mobilização efetiva dos diversos setores políticos e sociais da sociedade interessados na política de saúde do município. Aliás, o despreparo dos

conselheiros para exercerem sua função pode aparecer como um interesse do poder público, conforme encontrado nos estudos de Cotta et al. (1998), Fleury et al. (1997), Fleury (2006) e Soares e Trincaus (2006).

O problema da falta de capacitação atinge de forma diferenciada os distintos atores que participam dos conselhos, uma vez que o acesso às informações e o próprio conhecimento quanto ao funcionamento da máquina administrativa colocam os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil (TATAGIBA, 2002). Ribeiro e Andrade (2003) ressaltam ainda que o caminho para o estabelecimento da participação não passa apenas pela criação de mecanismos institucionais. Para esses autores, somos levados a acreditar que, mesmo havendo uma paridade formal e jurídica na configuração dos conselhos, só se desenvolverão práticas democráticas eficazes se também a cultura política de seus conselheiros for favorável ao fortalecimento da participação democrática. Além disso, somam-se as questões culturais, a falta de preparo técnico, a falta de conhecimento de seu papel como conselheiro e a falta de informações, motivos pelos quais muitos conselheiros ficam em silêncio durante as reuniões (COTTA et al., 1998; FLEURY et al., 1997; FLEURY, 2006).

A desigualdade de poder e de acesso à informação entre os representantes do governo e da sociedade civil dificulta a participação mais dinâmica. Um estudo sobre a participação dos conselheiros representantes da sociedade civil conclui que o silêncio desses representantes durante a maioria das reuniões é reflexo da desigualdade de poder (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Sabe-se que, ao lado da sociedade civil, uma série de elementos opera dificultando uma participação mais igualitária nos espaços públicos: o mais importante parece ser a exigência de qualificação - técnica e política - que essa participação coloca aos representantes da sociedade civil (DAGNINO, 2002).

A falta de preparo dos conselheiros é um dado preocupante, e gera dificuldades para implementar as conquistas legais. Desta forma, segundo Chauí (1993), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem, em especial, a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber. De acordo com Moraes (2005), a gestão da informação, inclusive da saúde, permanece nas mãos dos que entendem, dos que sabem – enfim, dos técnicos. No campo do controle

social, o acesso à informação é um fator essencial, uma vez que expande a capacidade de argumentação dos conselheiros nos processos decisórios e isso implica a possibilidade de os Conselhos de Saúde deliberarem sobre a política de saúde e intervirem na realidade hoje existente. Além disso, a falta de conhecimento dos conselheiros fragiliza a comunicação entre o conselho e os responsáveis pela execução das políticas no âmbito da administração, o que reduz a capacidade do conselho para atuar como instância geradora de maior responsabilização das agências estatais (TATAGIBA, 2002).

Deve-se lembrar, ainda, que o controle social se situa como parte importante da ação política e é exercido, principalmente, por estratégias discursivas (ARAÚJO, 2002). Segundo Araújo (2003), a comunicação molda as atitudes e comportamentos, e se efetiva por meio de informação suficiente e adequada. A informação e conhecimento das políticas de saúde se mostram fundamentais, por instrumentalizarem os conselheiros quanto às possibilidades de suas intervenções (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

É nesse sentido que o Ministério da Saúde, as Secretarias estaduais e municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde, nas três esferas, devem promover e assegurar dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pela Resolução CNS nº 363/2006, em parceria com as instituições de ensino superior. Devem ser criados núcleos de educação permanente, para promover a inclusão social qualificada para o controle social, formar e qualificar as ações de conselheiros de saúde e todos os atores envolvidos com o SUS, contemplando temas relevantes acerca das políticas públicas de saúde e relacionadas. Desta forma, haveria maior conscientização sobre direitos e deveres, universalização das informações, autonomia para atuação no controle social, formação de representações legítimas, aumento da capacidade propositiva e de fiscalização efetiva das ações e serviços de saúde e o exercício da gestão participativa, fazendo uso de diversificados formatos, meios de comunicação, metodologias e linguagens adequadas à cultura e à realidade local, em caráter permanente (BRASIL, 2008).

Destarte, no que concerne à gestão em saúde, é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, numa perspectiva de integralidade (PINHEIRO; LUZ, 2003). Se assim não o for, o poder

deliberativo previsto para os conselhos gestores com frequência se transforma na prática numa função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes (DAGNINO, 2002).

Considerações finais

O panorama encontrado pode apontar alguns desafios deparados no Conselho de Saúde, tais como a falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel no CMS e sobre o próprio papel do CMS na esfera social e sanitária; o desconhecimento sobre as fontes de onde provêm as verbas que financiam o SUS; o desconhecimento do Regimento Interno e do Plano Municipal de Saúde, além da dificuldade de analisar o Relatório de Gestão. Tudo isso limita a eficiência da atuação dos conselheiros, levando a comportamentos de submissão e conformismo em substituição à práticas de cidadania, participação e controle social. Nota-se, com isso, que é cada vez mais necessário socializar as informações sobre os conselhos junto à sociedade, buscando reverter essa situação.

Contudo, é importante ressaltar a necessidade de ampliar o processo de empoderamento dos diferentes atores locais para fortalecer o exercício do controle social, buscando conscientizar os Conselheiros Municipais de Saúde sobre sua função de representação social, e ainda promover o reconhecimento do conselho como espaço de manifestações de interesses plurais em busca do benefício de toda sociedade.

Partindo do pressuposto de que só se pode controlar aquilo que se conhece, justifica-se a necessidade contínua de cursos de capacitação e de educação continuada para os conselheiros, de modo que estes possam exercer o controle social e participar ativamente na gestão das políticas públicas de saúde.

Percebe-se que as experiências atuais de democracia participativa, como são os casos dos conselhos municipais, apontam teoricamente para um salto na instituição democrática, embora na prática ainda tenham um longo caminho a percorrer antes de aparecer como uma realidade efetiva. Neste sentido, a questão não é apenas criar novas modalidades de governo democrático, mas reformar a governabilidade e ampliar as bases de sustentação do jogo democrático mediante uma nova compreensão socioantropológica do mesmo, para que ele responda mais efetivamente às novas demandas de participação e aos novos desafios de gestão pública (MARTINS, 2008).

Referências

- ARAÚJO, I.S. *Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas.* 2002. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- _____. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Rev. Interface: comunicação, saúde, educação.* v. 8, n. 4, p. 165-177, 2003.
- ASSIS, M.M.A.; VILLA T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-82, 2003.
- BELINI, L.M.P. *Conselho Municipal de Saúde de Ampére: avaliando o controle social.* 2005. 52p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, Seção I, pt. 1, set. 1990 (a).
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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 da União*, Brasília, DF, v. 68, n. 249, p. 25694, Seção I, dez. 1990 (b).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento.* Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União*, 2003, Brasília, DF, n. 236, p. 57, nov. 2003. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CASTRO, I.E. Do espaço político ao capital social. O problema da sobre-representação dos municípios pequenos. *Redes*, v. 12, n. 2, p. 56-72, 2007.
- CHAUÍ, Marilena de Souza. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.* São Paulo: Cortez, 1993. 367p.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 8-12, 2003.
- CORREIA, Maria Valéria C. *Desafios para o controle social.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 278p.

- COTTA, R.M. M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.N. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: UFV/CEBES, 1998. 148p.
- COTTA, R.M.M. et al. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Paula Cândido, v. 16, n. 16, p. 1-8, 2006.
- COUTINHO, J.A. A participação popular na gestão da saúde em São Paulo. *Lutas Sociais*, v.2, p. 125-140, 1997.
- CUNHA, Sheila Santos. O controle social e seus instrumentos. Disponível em: <<http://www.adm.ufba.br/capitalsocial/Documentos%20para%20download/Controle%20Social%20e%20Seus%20Instrumentos.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2008.
- DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: _____. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 279-301.
- FLEURY, S. et al. Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 196-206, 1997.
- FLEURY, Sônia. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 508p.
- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.
- GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000*. (CD-ROM). Rio de Janeiro, 2000.
- MARTINS, Paulo Henrique. O embaraço democrático e os desafios da participação. In: MARTINS, P.H.; MATTOS, A.; FONTES, B. (org.). *Limites da democracia*. v. 1. Recife: Editora da UFPE, 2008. p. 3-250.
- MORAES, I.H.S. Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 86-98, 2005.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. JR..(org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

PRESOTO, L.H.; WESTPHAL, M.F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga – SP. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 68-77, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2008.

RIBEIRO, E.A.; ANDRADE, C.M. Cultura política e participação diferenciada: o caso do Conselho Municipal de Saúde do município de Dois Vizinhos, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, Maringá, v. 25, n. 2, p. 349-358, 2003.

SILVA, A.X.; CRUZ, E.A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SOARES, L.G.; TRINCAUS, M.R. Participação e controle social: uma revisão bibliográfica dos avanços e desafios vivenciados pelos conselhos de saúde. *Revista Eletrônica Lato Sensu*, n. 1, p. 245-264, 2006.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

VAN STRALEN, C.J. et al. Conselhos de saúde: efetividade do controle em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

Notas

* Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Consolidação do Sistema Único de Saúde: a estratégia de Saúde da Família enquanto instrumento de reorganização do sistema de saúde local e estímulo a participação social”, foi financiado pela FAPEMIG EDT – Processo nº. 075/05- 2005.

¹ Salário mínimo de referência = R\$ 380,00

Abstract

Participation, social control and exercise of citizenship: (dis)information as an obstacle to health counselors

To strengthen the exercise of social control in health politics, it is really necessary to know the Unified Health System; the legislation; the epidemiological reality, assistance, financial, political, and so on. In this sense, this paper aims to analyze the level of information and knowledge of the Municipal Health Counselors in the city of Viçosa, Minas Gerais State, concerning their attributions and functions. The elements of analysis of the study were semi-structured interviews conducted from April to July 2006, and the direct observation of meetings. From 44 counselors, 34 (77.3%) were interviewed, 17 (50%) are users' representatives; eight (23.5%) are representatives of the municipal government; seven (20.6%) are representatives of the service; and two (5.9%) are representatives of health professionals. It can be noticed that 41.2% of counselors ignore the Internal Regiment, what could hinder the fulfillment of their competences. The health plan is not used for evaluation of health actions and services for the counselors, because most of them (73.5%) declared not having read it. The possibility of counselors helping supervise the financial and budgetary executions of the Municipal Health Fund restrains it, since 67.6% of the interviewees cannot analyze the administration report; 79.4% of the counselors never received training and 85% told need being qualified to act in the council. Participation and social control provide transparency to the public good and, based on the premise that one can only control what one knows, the need of continuing training courses for counselors is confirmed.

► Key words: Municipal Council of Health, Counselors of Health, Training, Social Participation, Social Control.