



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Landerdhal, Maria Celeste; Unfer, Beatriz; Braun, Katia; Skupien, Jovito Adiel
Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 5, 2010, pp. 2431-2436
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467017>

- 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

Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?

Resolutions of the Health Council:
instrument of social control or bureaucratic document?

Maria Celeste Landerdhal ¹
Beatriz Unfer ²
Katia Braun ³
Jovito Adiel Skupien ⁴

Abstract *The present study has a documentary character and analyzes the resolutions registered in minutes of meetings of a Health Council, as a form to characterize the social control in health carried through for this instance. The majority of the resolutions were referred to the approval of Programs and Projects, arising from the Secretariat of Health, regarding the reform, material and equipment acquisition for units of health, the qualification of existing services or the creation of new services. The study suggests that the practical one of this council seems to be bureaucratic, without any proposal of politics of health for the council is visualized. The way the resolutions have being legalized does not characterize its guiding not even the visibility of the actions for the population in general. In the studied case, it is signaled that the mere regular functioning of this council does not guarantee that exist effective social control.*

Key words *Brazilian Unified Health System, Consumer participation, Health councils, Documents*

Resumo *O presente estudo, de caráter documental, analisa as resoluções registradas em atas de reuniões de um Conselho de Saúde, de forma a caracterizar o controle social em saúde realizado por esta instância. A maioria das resoluções referiam-se à aprovação de programas e projetos, oriundos da Secretaria da Saúde, referentes à reforma, aquisição de material e equipamento para unidades de saúde, qualificação de serviços já existentes ou criação de novos serviços. O estudo sugere que a prática deste conselho parece ser burocratizada, sem que seja visualizada nenhuma proposição de políticas de saúde pelo conselho. A forma como as resoluções vêm sendo formalizadas não caracteriza seu encaminhamento, muito menos a visibilidade das ações para a população em geral. No caso estudado, sinaliza-se que o mero funcionamento regular deste conselho não garante que exista efetivo controle social.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Participação comunitária, Conselhos de saúde, Documentos*

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima 1.000, Camobi. 97015-900 Santa Maria RS. mclanderdahl@gmail.com

² Departamento de Estomatologia. Universidade Federal de Santa Maria.

³ Departamento de Odontologia Restauradora, Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. É constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, pela iniciativa privada que se vincule a ele¹.

Por constituir um sistema democrático, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Esta participação acontece através dos Conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Tem como característica a paridade, ou seja, 50% dos representantes são usuários e os demais 50% dividem-se entre os outros segmentos.

Por constituírem os espaços de participação social na administração do sistema público e atuarem na formulação e no controle da execução da política de saúde, propondo estratégias de coordenação e gestão do SUS, os Conselhos de Saúde consolidam o controle social, um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do SUS. É a capacidade que a sociedade tem de intervir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade. Permite à população o direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde, dentro de cada esfera de atuação.

Vários estudos têm sido realizados sobre o Conselho de Saúde, com predominância de temas sobre o controle social na ótica de conselheiros²⁻⁴. Stralen *et al*⁵ optaram por estudar o formato institucional dos conselhos, abordando estrutura, dinâmica, composição, representação, deliberações e diretrizes de conferências e conhecimento dos conselheiros sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)⁵. Considerando que as atribuições dos Conselhos de Saúde de atuar na formulação de

estratégias e no controle da execução das políticas de saúde correspondem a uma postura combativa, ofensiva e criadora de construção de um novo modelo em saúde, como se podem identificar estas atribuições na prática? As deliberações dos conselhos têm sido encaminhadas ou não passam de resoluções formais⁶?

Com base nestas considerações, este estudo tem como objetivo conhecer e analisar as ações de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, mediante consulta às resoluções registradas em atas de reuniões, de forma a caracterizar o controle social em saúde realizado por esta instância.

Material e método

A estruturação do estudo, de caráter documental, teve como base a análise das resoluções registradas em atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de um município pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os documentos foram obtidos diretamente na secretaria do conselho por meio de arquivos gravados em disquetes.

Foram selecionadas as atas que continham resoluções votadas e aprovadas em reunião plenária no período de abril de 2003 a março de 2006, correspondente ao período em que duas autoras foram representantes de entidade no referido conselho.

Cada resolução emanada das atas utilizadas neste estudo foi analisada segundo as competências dos conselhos de saúde relatadas na Quinta Diretriz "Da Competência dos Conselhos de Saúde", da Resolução nº 333. Este documento, emitido pelo Conselho Nacional de Saúde e homologado pelo Ministério da Saúde, serve de base para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde em todo o país⁷.

A utilização do termo resolução como objeto de análise neste estudo segue o que determina a Resolução nº 333/2003⁷, no item XII, que trata da estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde: [...] ***o Pleno do Conselho deverá se manifestar por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de trinta dias, dando-se-lhes publicidade oficial*** [...]

Neste sentido, espera-se avaliar o controle social por meio deste instrumento, uma vez que depende de homologação e publicização oficiais.

Após a leitura dos documentos, foram selecionadas do texto 290 resoluções. Os dados foram organizados segundo categorias temáticas, as quais agrupavam as referidas competências para facilitar a análise e interpretação dos dados⁸. A análise foi efetuada por meio de estatística descritiva, mediante a distribuição de frequências absolutas e relativas.

Resultados

Mediante a utilização do agrupamento das 24 competências dos conselhos de saúde, contidas na Resolução nº 333⁷, por temas, foi possível evidenciar onze categorias temáticas nas 290 resoluções examinadas no período, as quais são mostradas no Quadro 1. Não foram identificadas moções ou recomendações nas atas analisadas.

Dos assuntos que foram deliberados e tomaram forma de resolução, 40% diziam respeito à aprovação de programas e projetos, os quais, na maioria das vezes, eram oriundos da Secretaria de Município da Saúde. A análise mais detalhada desta categoria mostra que 70% (118 resoluções) diziam respeito à reforma, aquisição de material e equipamento para unidades de saúde, qualificação de serviços já existentes ou criação de novos serviços.

Ainda na categoria programas e projetos, temas como a capacitação de trabalhadores de saúde e a política de recursos humanos tiveram como deliberações onze e dez resoluções, respectivamente, durante o período estudado. Nestes três anos, os programas e projetos referentes à informação e educação em saúde, ao meio ambiente e aos estudos e pesquisas em saúde foram discutidos e deliberados em forma de resoluções, cada um, em quatro ocasiões.

Na categoria fiscalização e acompanhamento de ações e serviços, os temas foram bastante variados e incluíam resoluções sobre o consórcio intermunicipal de saúde, vigilância sanitária, aterro sanitário, projetos de lei, medicamentos, leitos hospitalares, serviço de oftalmologia, 4ª Coordenadoria Regional, hospital universitário, pronto atendimento, Hospital Convênio Casa de Saúde, construção de hospital, entre outros.

Na categoria articulação com outras instâncias de saúde, a maioria das resoluções tratava da indicação de representantes, principalmente para o Hospital Convênio Casa de Saúde e para o Conselho Regional de Saúde.

A movimentação de recursos financeiros referia-se ao plano de aplicação, orçamento muni-

cial, prestação de contas de outras entidades, autorização de despesa e devolução de valores.

Sobre a organização e administração do CMS, as resoluções tratavam principalmente sobre exclusão de entidades e organização das reuniões do conselho. A capacitação de conselheiros foi tema de duas resoluções no período.

As resoluções sobre o relatório de gestão incluem os relatórios de prestação de contas trimestrais.

Na categoria contratos, credenciamentos e convênios, as resoluções continham a aprovação para serviços de saúde complementares na rede municipal.

As resoluções que tratavam de conferência de saúde diziam respeito principalmente à homologação de delegados e elaboração de regimento.

Os assuntos com menor número de resoluções foram o plano municipal de saúde, a divulgação do CMS e a divulgação em saúde, com apenas uma resolução para cada um deles.

Não foram identificadas deliberações propositivas de políticas de saúde originadas pela plenária de conselheiros.

Também não foi possível constatar o atendimento da competência XXIV – Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde da Resolução nº 333⁷, em nenhuma das resoluções analisadas.

Quadro 1. Distribuição e frequência das categorias temáticas obtidas na análise das resoluções de Conselho Municipal de Saúde. Santa Maria, 2007.

Categoria	Nº	%
Programas e projetos	118	40,6
Fiscalização e acompanhamento de ações e serviços	52	17,9
Articulação com outras instancias de saúde	29	10,0
Movimentação de recursos financeiros	28	9,6
Organização e administração do CMS	24	8,0
Relatório de gestão	17	6,0
Contratos, credenciamentos, convênios	11	4,0
Conferência de saúde	8	3,0
Plano Municipal de Saúde	1	0,3
Divulgação do CMS	1	0,3
Divulgação em saúde	1	0,3
Total	290	100

Fonte: Conselho Municipal de Saúde.

Discussão

Embora tenha sido possível enquadrar as resoluções analisadas na quase totalidade das competências requeridas para o funcionamento de um conselho de saúde, alguns detalhes devem ser destacados.

Pode-se identificar uma nítida predominância dos temas relacionados à organização da estrutura física das unidades de serviço, caracterizando-se por ações previamente concebidas pelo gestor na rede de prestação de serviços assistenciais. Percebe-se que a política e as ações de saúde no município parecem privilegiar a assistência em detrimento de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, evidenciando que a reestruturação da atenção em saúde não está ocorrendo no município.

Percebe-se, pelo fato de não ter sido identificada nenhuma deliberação oriunda do próprio conselho de saúde, que o espaço é predominantemente utilizado para aprovar propostas oriundas dos gestores e prestadores de serviços, não contemplando plenamente o atendimento da competência de formular, propor estratégias, (item IV da Quinta Diretriz da Resolução nº 333)⁷. Nesse sentido, Gonçalves e Almeida⁴ relatam, em seu estudo, que usuários e prestadores de serviço revelaram-se insatisfeitos no exercício de planejar, pois os temas já chegam prontos e não há como discuti-los. Todavia, ressaltam que a elaboração técnica de um projeto é de competência da equipe da Secretaria de Saúde, mas elencar prioridades para o planejamento de um programa é função política e deve ser realizada em parceria com o conselho. Correia⁶ chama a atenção para o fato de que, embora as políticas sociais sejam definidas em um nível macro, os espaços como os conselhos de saúde devem ser de denúncias, questionamentos, proposições, tornando visível e pública a política que vem sendo desenvolvida.

Wendhausen e Caponi³, ao analisarem os discursos presentes em um conselho de saúde, verificaram que existe a prática de técnicos falando para leigos por meio de um espaço que legitima ações governamentais, em detrimento de ações de avaliação e controle. Para Guizardi e Pinheiro², a relação assimétrica de poder no conselho de saúde pode levar à burocratização dos mesmos, tornando-os meramente informativos e dificultando a elaboração comum de políticas públicas. Para Vanderlei e Witt⁹, o que dificulta a avaliação das políticas públicas é a falta de preparação dos conselheiros. Estes deveriam *sair do âmbito interno da burocracia e instituir mecanis-*

mos mais eficientes de contato com as próprias entidades representadas nos conselhos, a fim de que a população os conheça de fato e de direito como um dos mecanismos importantes do controle social.

Embora tenha sido observado que oito resoluções puderam ser categorizadas no tema Conferência de Saúde, a análise mostra que o CMS não contemplou a competência de “Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde” (item III da Quinta Diretriz da Resolução nº 333)⁷. Isto mostra o pouco envolvimento com a questão política das conferências, restando as deliberações por questões administrativas.

Neste mesmo contexto, a existência de apenas uma resolução sobre a divulgação do CMS e divulgação em saúde parece comprovar a pouca ênfase que este conselho dá à visibilidade de suas ações e à promoção da saúde, no período de quase três anos que compreendeu este estudo.

Considerando o fato de que as resoluções emanadas das reuniões plenárias deste conselho não são homologadas e divulgadas, uma vez que não existe um espaço de divulgação oficial para esta matéria na estrutura do CMS ou da gestão municipal, o acompanhamento da implementação das deliberações, previstas também no já citado item XXIV da mesma resolução, não pode ser efetivado pela população ou mesmo pelos membros do conselho.

Uma vez que as resoluções deste conselho não estão sendo homologadas e também não estão sendo divulgadas, como se dá a visibilidade do controle social? Ou, como foi questionado por Correia⁶, as deliberações dos conselhos têm sido encaminhadas ou não passam de resoluções formais? Nesse sentido, os conselhos deveriam ser mais eficientes no contato com a população e com as próprias entidades representadas, tendo maior visibilidade na sociedade, ultrapassando a formalidade e a burocracia e publicizando suas deliberações para que a instância seja efetivamente a referência do controle social nas diretrizes das políticas de saúde do município^{4,9}.

Embora não tenha sido objeto inicial deste estudo, chamou a atenção o fato de que o termo resolução pode não estar sendo adequadamente utilizado para as deliberações deste conselho.

Segundo documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2002, sobre a aprovação das deliberações dos conselhos de saúde, quando estas implicarem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do gestor, deverão ser homologadas pelo governo, isto é, transformadas em ato oficial do gestor. Já as deliberações referentes

(a) ao controle da execução das políticas de saúde, verificação da coerência dos atos do gestor e dos programas e ações de saúde, com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos na saúde e seus resultados para a população e (b) às articulações e organização interna do Conselho com os outros Conselhos de Saúde, com o Poder Legislativo e com outras instituições e entidades da sociedade, devem estar protegidas pela autonomia do Conselho de Saúde perante o gestor, isto é, não devem depender da homologação para se realizarem¹⁰.

Considerando as atas das reuniões analisadas neste estudo, percebe-se que a maioria das deliberações registradas poderia ser denominada de recomendações ou moções, como é observado no Art. 15º do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde: **Art. 15º - As deliberações do Conselho Nacional de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples de seus membros, mediante:**

(a) Resoluções homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde sempre que se reportarem a responsabilidades legais do Conselho;

(b) Recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida

a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;

(c) Moções que expressem o juízo do Conselho, sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição¹¹.

Considerações finais

A análise empreendida sugere que a prática do Conselho Municipal de Saúde neste estudo parece ser burocratizada, com a predominância de aprovações de programas ou projetos predominantemente ligados à prestação de serviços assistenciais, sem que seja visualizada a proposição de políticas de saúde pelo setor. A forma como as resoluções vêm sendo formalizadas não caracterizam seu encaminhamento, muito menos a visibilidade das ações para a população em geral. No caso estudado, sinaliza-se que o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social. Sugere-se que outros estudos sejam realizados, como forma de levantar e divulgar as questões relativas ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, buscando o fortalecimento do controle social no país.

Colaboradores

JA Skupien e MC Landerdhal participaram do planejamento da pesquisa, coleta de dados e revisão bibliográfica. B Unfer participou do planejamento da pesquisa, coleta de dados, revisão bibliográfica, discussão e elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):797-805.
3. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Cad Saude Publica** 2002; 18(6):1621-1628.
4. Gonçalves ML, Almeida MCP. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate** 2002; 26(61):167-175.
5. Stralen CJ van, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, van Stralen TBS, Belisário SA. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):621-632.
6. Correia MVC. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de 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; 4 dez.
8. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.
9. Vanderlei MIG, Witt RR. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate** 2003; 27(64):131-137.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Regimento Interno. [site da Internet] [acessado 2007 jun 19]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>

Artigo apresentado em 10/12/2007

Versão final apresentada em 22/07/2008