



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

WILSON PEREIRA MOREIRA JUNIOR

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

CUITÉ – PB

2019

WILSON PEREIRA MOREIRA JUNIOR

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador:

Prof. Dr. José Justino Filho.

CUITÉ - PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

M835p

Moreira Junior, Wilson Pereira.

Participação e controle social no conselho de saúde do Município de Cuité-PB. / Wilson Pereira Moreira Junior – Cuité: CES, 2019.

48 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2019.

Orientador: Dr. José Justino Filho.

Coorientador: Dr. Francisco José Victor de Castro

1. Conselho. 2. Saúde. 3. Controle. I. Título.

Biblioteca do CES – UFCG

CDU 614.2

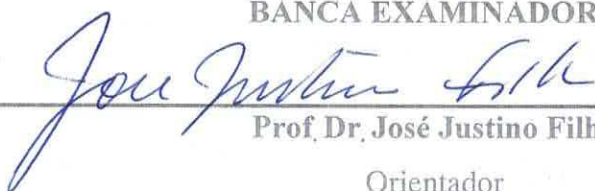
WILSON PEREIRA MOREIRA JUNIOR

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG *Campus* Cuité como exigência para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 19 de Junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Justino Filho

Orientador

UFCG/CES



Prof. Dr. Francisco Vanderlei de Lima

Membro examinador

UERN



Prof.^a Esp. Waleska de Brito Nunes

Membro examinador

UFCG/CES

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus pela saúde concebida e a oportunidade de conhecer e se apaixonar por essa cidade tão linda e acolhedora, como costumo falar “Meu país Cuité”.

Agradecer a minha família, Mãe, Pai, Vó, Brenda, Nanda, Isabelly, Edilma, Pamela, Paloma, tio Dé, Cecília, Thaís, por ter me incentivado e motivado seja por um sorriso das minhas sobrinhas por vídeochamada, ou uma mensagem/ligação para saber se estava bem ou precisando de algo e por nunca terem desistido de mim e acreditar até o fim nesse sonho.

Agradecer ao corpo docente do curso de enfermagem pelo conhecimento passado durante toda essa trajetória.

Durante esse tempo conheci pessoas que vou levar pelo resto da minha vida, amigos que deram forças quando eu pensei em desistir, que ajudaram, aconselharam e influenciaram direta e indiretamente nessa árdua trajetória, alguns que tomei como exemplo a ser seguido, estes podem ser chamados de verdadeiros amigos. Obrigado Chico, Justino e Romário meus irmãos longe de casa.

Não poderia esquecer de Vitória, a dona do pensionato em qual residi todo esse tempo, como a chamo de “Mãe Vitória”, ela sempre deu esse apoio materno, nunca deixou faltar nada e me ajudou bastante em frente as dificuldades adversas.

“ Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior. Estas atitudes se refletirão em mudanças positivas no seu ambiente familiar. Deste ponto em diante, as mudanças se expandirão em proporções cada vez maiores. Tudo o que fazemos produz efeito, causa algum impacto. ”

Dalai Lama

RESUMO

O conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do sistema único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O objetivo desse trabalho consiste em entender como se dá a participação social no Conselho Municipal de Saúde de Cuité durante a gestão que compreende os anos de 2017 e 2018. Utilizou-se uma abordagem qualitativa-quantitativa sobre a estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde do município de Cuité; além disso foram adotados os seguintes procedimentos: observação das reuniões, análise dos documentos produzidos pelo CMS e um questionário para ser respondido pelos membros do conselho. Constatamos que atuação do conselho pode contribuir para a gestão das políticas públicas de saúde, influenciando positivamente no "estado de saúde" da população do município, no entanto para o exercício do controle social é fundamental um processo de capacitação permanente, isto porque os conselheiros devem conhecer o papel e atribuições de um conselho, a legislação do SUS, instrumentos de prestação de contas. Portanto, há um longo caminho a percorrer para que a atuação dos conselheiros seja eficaz.

Palavras Chave: Conselho, Saúde, Controle

ABSTRACT

The Health Council is a collegial, deliberative and permanent body of the Single Health System (SUS) in each sphere of Government, which is part of the organizational structure of the Ministry of Health, the Secretariat of Health of the States, the Federal District and the Municipalities, with composition, organization and competence set forth in Law 8.142 / 90. The purpose of this work is to understand how social participation occurs in the Municipal Health Council of Cuite during the management that comprises the years 2017 and 2018. A qualitative-quantitative approach was used on the structure and functioning of the Municipal Councils of the municipality of Cuite. In addition, the following procedures were adopted: observation of meetings, analysis of documents produced by CMS and a questionnaire to be answered by board members. We can see that the council's activities can contribute to the management of public health policies, positively influencing the "health status" of the population of the municipality, but for the exercise of social control, a process of permanent training is fundamental to know the role and attributions of a council, the legislation of the SUS, instruments of accountability. Therefore, there is a long way to go so that the performance of the counselors is effective.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Percentual do tempo de participação dos membros do Conselho Municipal de Saúde-Cuité-PB.	27
Figura 02 – Percentual de como foi eleito os membros do Conselho Municipal Saúde de Cuité-PB.	30
Figura 03 – Percentual de participação em oficina ou de algum curso de capacitação.	31
Figura 04 – Percentual das respostas da visão dos conselheiros na importância da atuação.	33
Figura 05 – Ações e funções assinaladas pelos conselheiros que fazem parte de sua prática.	35
Figura 06 – Percentual de respostas dos conselheiros sobre a prestação de contas dos recursos financeiros destinados ao setor de saúde.	36
Figura 07 – Percentual de respostas sobre a função do Conselho.	38
Figura 08 – Percentual de respostas sobre o atendimento das reivindicações do conselho pelo poder público.	40
Figura 09 – Percentual de respostas sobre o conhecimento de veículos (sites) de transparência e Controle Social.	41
Figura 10 – Percentual de respostas sobre o conhecimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e do Tribunal de Contas da União.	43

LISTA DE TABELA

Tabela 01 – Idade, tempo de atuação, escolaridade (EMC=ensino médio completo; EMI=ensino médio incompleto) e profissão dos membros no Conselho Municipal de Cuité – PB.	28
--	-----------

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CF- Constituição Federal

CMS- Conselho Municipal de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

LRF- Lei da Responsabilidade Fiscal

SEPROG- Secretaria de Fiscalização e de Avaliação de Programas do Governo

SIACS- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 – OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 – METODOLOGIA.....	15
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO	15
3.2 ESTRATÉGIAS DE TRABALHO.....	15
3.3 A TABULAÇÃO DOS DADOS.....	16
4 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
4.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E PLENÁRIAS DE CONSELHOS DE SAÚDE.....	20
4.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE: UMA NOVA INSTITUCIONALIDADE DEMOCRÁTICA	20
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1 DADOS DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ-PB.....	27
5.2 – CAPACITAÇÃO E ATUAÇÃO DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE CUITÉ.....	29
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

1 - INTRODUÇÃO

A participação social nas políticas de saúde teve início com as discussões sobre democratização do Brasil. O Movimento da Reforma Sanitária debateu o tema incluindo na Constituição Cidadã a proposta de implementação da Participação Social sobre o planejamento, gestão e avaliação da política de saúde, acreditando ser este o meio para o exercício do Controle Social, hoje importante princípio organizativo do SUS. Diversos estudos mostram que apesar deste avanço, a realidade dos Conselhos de Saúde criados nos municípios brasileiros não correspondeu à expectativa de mudar os direcionamentos da gestão pública no sentido de fortalecer a cidadania e garantir os direitos sociais, sendo caracterizadas por extrema burocratização, pouca capacitação técnica e política de seus atores, desvalorização e falta de autonomia e estrutura para agir.

Os conselhos de direitos são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Por meio desses conselhos, a comunidade (com seus representantes) participa da gestão pública.

O conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do sistema único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos distritais de Saúde incluindo os conselhos (Resolução nº 453, 2012).

Esta pesquisa teve por objetivo geral entender como se dá a Participação Social no Conselho Municipal de Cuité na gestão 2017-2018, buscando, especificamente, conhecer a organização da rede de saúde local e sua adequação aos princípios do SUS; entender a estrutura e a dinâmica de funcionamento do CMS e identificar as estratégias utilizadas para garantir formação dos conselheiros e comunicação com a população.

2 – OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Entender como se dá a participação social no Conselho Municipal de Saúde de Cuité durante a gestão que compreende os anos de 2017 e 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 - Compreender a estruturação da rede municipal de saúde de Cuité e sua adequação aos princípios do SUS, sobretudo, no que concerne ao exercício do Controle Social;
- 2 - Entender a estrutura e a dinâmica de funcionamento do CMS a partir da relação que se estabelece entre os diversos atores, com foco na participação dos usuários;
- 3 - Identificar as estratégias utilizadas para garantir formação e capacitação aos conselheiros e as formas de comunicação que estes estabelecem com a população, em geral.

3 - METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Cuité é um município brasileiro no estado da Paraíba, localizado na Região Geográfica Imediata de Cuité-Nova Floresta. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2017 sua população era estimada em 20.348 habitantes. Área territorial de 741,840 km². Sendo sede da 4ª Região Geoadministrativa do estado da Paraíba.

O município está incluído na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, definida pelo Ministério da Integração Nacional em 2005. Esta delimitação tem como critérios o índice pluviométrico, o índice de aridez e o risco de seca.

O município de Cuité está situado na região centro-oeste do Estado da Paraíba, mesorregião do Agreste Paraibano e microrregião do Curimataú Ocidental, está a 235 km de distância da capital João Pessoa. Limitasse com as cidades de Cacimba de Dentro, Damião, Barra de Santa Rosa, Sossego, Nova Floresta, Picuí, Baraúna e o Estado do Rio Grande do Norte. Possui uma área de 741,840 km², altitude de 750 m acima do nível do mar.

3.2 ESTRATÉGIAS DE TRABALHO

Para alcançar os objetivos aqui colocados, utilizou-se uma abordagem quantitativa-qualitativa. Minayo e Sanches em (2002) seu artigo "Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade" exploram as potencialidades desses métodos para estudos em saúde pública. Segundo os autores, nenhuma das duas abordagens em si é suficiente. Para eles, "um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria".

Baseado nisso, foi elaborado um questionário Quanti-Qualitativo sobre a estrutura e funcionamento do Conselhos Municipal de Saúde do município de Cuité. Além disso foram adotados os seguintes procedimentos: observação das reuniões, análise dos documentos produzidos pelo CMS. O questionário foi aplicado aos doze conselheiros que fazem parte colegiado. As análises das informações foram feitas por meio de triangulação, procurando-se apontar os consensos e os dissensos no conteúdo dos documentos e dados obtidos com o questionário e observação. (MINAYO, 2007).

A pesquisa teve na sua fase inicial a apresentação dos objetivos da pesquisa aos conselheiros, explicitando o compromisso ético, os objetivos, o método e o comprometimento em apresentar uma devolutiva dos resultados da pesquisa. As observações das reuniões do

Conselho foram registradas em diário de campo. O foco principal das observações foi a maneira como se desenvolveram os debates durante as reuniões e quais atores se sobressaíram, além de seus posicionamentos. No primeiro momento das observações, o foco foi conhecer os membros e o nível de envolvimento de cada um com a representação no colegiado, atentando para os vínculos estabelecidos por eles com suas comunidades e com outros movimentos sociais. O acompanhamento das reuniões possibilitou a aplicação de questionários individuais e assinatura de um termo de consentimento livre-esclarecido.

3.3 A TABULAÇÃO DOS DADOS

A tabulação dos dados envolve a reconstrução quantitativa e qualitativa da situação social observada, com base na delimitação de indicadores gerais sobre a inserção dos conselheiros na configuração sócio-político-organizacional da sociedade local, conteúdo das atas de reuniões, deliberações e propostas encaminhadas pelo conselho, o nível de participação política dos conselheiros, a relação do gestor com o conselho, a relação do conselheiro com a entidade que representa, a forma de indicação do conselheiro, a influência da participação no conselho em outras dimensões da vida do conselheiro, a noção de controle social dos conselheiros.

A proposta deste trabalho foi concentrar-se na busca de afinidades, das semelhanças, visando construir as generalizações possíveis. As referências aos casos específicos foram feitas à medida que estes se mostraram exemplares à compreensão do tema em questão.

4 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O instrumento institucionalizado de participação da sociedade na gestão da política de saúde, considerados instâncias de decisão política do SUS são os conselhos e conferências de saúde e no campo da operacionalização do sistema temos as comissões intergestoras em cada esfera de governo. Além desses instrumentos, existem políticas públicas criadas através de reivindicações de conselheiros e trabalhadores de saúde, usuários do SUS e outros segmentos da sociedade. Essas políticas (algumas já citadas anteriormente) foram construídas com a participação desses atores, sendo consideradas como espaços democráticos na área da saúde.

Com a Constituição Federal de 1988, a participação social se institucionalizou através do artigo 196, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” e no artigo 198 desta mesma CF, trata da instituição do Sistema Único de Saúde regionalizado, hierarquizado e que tem como principais diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação.

O processo de descentralização e municipalização, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, consistiu em colocar o governo mais próximo do cidadão com vistas a tornar a administração pública mais eficiente e mais democrática. Pressupunha um modelo de democracia baseado na “formulação de uma utopia igualitária, a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática” (FLEURY, 1997: 33). Essa medida vai além de uma reforma administrativa ou descentralização político-administrativa do setor saúde, pois ela está intimamente relacionada com a reforma do modelo assistencial que compreende uma nova concepção de saúde relacionada com os aspectos: cultural, político-operacional, administrativo etc.

O que se pretendia com a Reforma Sanitária além da democratização do acesso aos bens e serviços propiciadores de saúde era também a democratização do acesso ao poder. De modo que podemos destacar a institucionalização das Conferências e dos Conselhos de Saúde, por apresentar um caráter democratizante, na medida em que pode ser criado um espaço para a recepção e processamento de demandas do setor saúde, propiciando a substituição das práticas clientelistas por critérios técnicos. (CARVALHO, 2004).

Os arranjos institucionais contidos na Constituição Federal de 1988, através das leis 8.080 e 8.142 de 1990, possibilitaram a participação dos segmentos básicos da área de saúde e da

sociedade civil organizada (governo, prestadores, trabalhadores e usuários) na proposição, fiscalização, definição e avaliação da política de saúde nas três esferas de governo, fato importante para a consolidação do SUS.

Quanto ao tema Controle Social, não é algo novo e estático, seu exercício e caráter mudam de acordo com a conjuntura sócio/econômica/política e cultural de uma sociedade, esfera onde ocorre a correlação de forças entre estado e sociedade. Esse tema tem sido alvo de discussões por parte de vários segmentos sociais. Trata-se de um processo histórico dinâmico e em construção onde sua efetivação, depende da capacidade de organização da população (participação cidadã) e da articulação entre sociedade civil e estado.

Há diferentes formas de compreensão sobre o tema controle social. Para alguns autores, significa uma relação moderna entre estado e sociedade, onde esta exerce controle sobre as ações do estado, mas para outros é o controle do estado sobre a sociedade através da institucionalização, buscando diminuir ou evitar conflitos. Porém, uma das formas de se pensar em controle social consiste na capacidade da sociedade civil de interferir na gestão pública, opinando, propondo e orientando as ações do estado e os gastos públicos na direção dos interesses de todos. (CORREIA, 2005). Essa compreensão aponta para uma concepção de controle social que supera a ideia de “controlar, fiscalizar”, buscando a intervenção, colaboração e a responsabilização dos atores sociais.

De acordo com a autora, quem paga indiretamente através dos impostos, os serviços públicos, é a própria população, cabendo, portanto, a ela decidir, propor e opinar onde e como os recursos públicos devem ser investidos e um dos requisitos fundamentais para o exercício do controle social é o estabelecimento de relações entre a sociedade civil e o estado, através de canais democráticos de participação social (associações, sindicatos, conselhos...).

No Brasil, de acordo com Correia, pode-se resumidamente apontar algumas fases da relação participação e controle social através da participação social. (CORREIA, 2005)

1 – O Controle do Estado sobre a Sociedade. Até início da década de 70, o controle social era exercido pelo estado sobre a sociedade que decidia às portas fechadas as ações a serem desenvolvidas para a população. Para Correia, o caráter autoritário e excludente do estado, contribuiu fortemente para a ideia de controle social enquanto instrumento de fiscalização da sociedade perante as ações do governo, baseado no fato de que seu processo de institucionalização é marcado pela realidade da exclusão social e práticas clientelista do estado brasileiro. (CORREIA, 2005).

No setor, as ações de saúde pública se deram através do denominado sanitarismo campanhista, cabendo ao estado o papel de intervir na saúde em nome de todos. Havia grupos organizados resistindo contra o autoritarismo, mas, pouco expressivo e a forma de participação do povo, reconhecida pelo estado se dava através do voto onde elegiam seus representantes para defesa de seus interesses, sem que, porém, a população pudesse dizer e ser ouvida sobre suas necessidades e anseios.

2 – Participação Comunitária – Em meados da década de 70, o Brasil introduziu um novo modelo no âmbito da Assistência Médica, com origem nos Estados Unidos, trata-se da Medicina Comunitária. Esse modelo trouxe novas discussões principalmente sobre a questão da receita (a prática do uso de medicamentos utilizados pela população sob orientação médica), mas, continuando a ter caráter paliativo e marginal.

A participação comunitária se dava através de profissionais que passavam a atuar junto às comunidades, executando as ações sanitárias, compartilhando algumas atividades de planejamento. Essa forma de participação estava articulada à prática no repasse de informações sanitárias de uso ou aplicação doméstica. A sociedade continuava à margem do processo de tomada de decisões.

3 – Participação Popular – A ideia de participação popular surgiu a partir dos resultados “negativos” do modelo anterior (participação comunitária). Isso porque a medicina comunitária começou a mostrar algumas limitações das classes populares e a trazer suas reivindicações para as Instituições governamentais, ameaçando o domínio estatal.

A participação popular significou o aprofundamento da crítica às práticas políticas de oposição ao sistema dominante. O termo comunidade foi substituído por povo – parcela da população excluída ou subalternizada ao acesso a bens e serviços. Houve uma grande preocupação no sentido de articular e organizar as classes populares para a luta e resistência dentro das instituições de saúde. Essas organizações se davam através de entidades organizadas da sociedade como, associações de bairros, clubes de mãe, cooperativas, conselhos de saúde...

A proposta era de que a participação popular se efetivasse em todas as áreas sociais. No que se refere à saúde o objetivo seria a democratização da saúde, reivindicando acesso universal e igualitário aos serviços e, acesso ao poder. A relação entre estado e sociedade era conflituosa e de oposição. O estado resistia à participação popular que o concebia como seu inimigo.

4 – Participação Social – Entram em cena novos atores, com questionamentos na relação estado e sociedade. Esta passou a ter interesses e projetos próprios. O estado começa a adquirir um caráter enquanto espaço de pactuação e representação. O processo de participação deixou de referir-se apenas aos setores excluídos, praticados pelos atores políticos de oposição, onde o estado passa a reconhecer e acolher a diversidade de interesses e projetos no campo social.

O centro nesse contexto é a sociedade e, a participação é compreendida como ação de cidadania, baseado na universalização dos direitos sociais e ampliação do conceito de cidadania. A inclusão da participação nas discussões políticas com o estado ocorre através do processo de institucionalização de mecanismos de interlocução entre sociedade e estado como a criação de comissões e conselhos, formados por vários segmentos da sociedade.

A institucionalização da participação assumiu perfil apropriado à diversidade de atores procurando dar conta das relações que envolviam o conjunto dos segmentos sociais e o Estado. A sociedade passa a ser a categoria central em substituição à comunidade ou povo, ou seja, “um conjunto de indivíduos e grupos cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa, com igual legitimidade, espaço e atendimento pelo aparelho estatal. É em síntese, a ideia de participação como cidadania” (SOUSA, 2003: 76).

4.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E PLENÁRIAS DE CONSELHOS DE SAÚDE

As conferências de saúde são instâncias de deliberação sobre as políticas públicas de saúde que acontecem a cada quatro anos nas três esferas de governo, através dos critérios de paridade, representatividade e legitimidade. Constituem-se em fóruns democráticos, com participação dos conselhos de saúde, sociedade civil organizada, profissionais e gestores da saúde. Quanto as Plenárias de conselhos de saúde possuem caráter propositivo e são realizadas geralmente antes das conferências de saúde. Reúnem conselheiros de saúde em cada esfera governamental, com o objetivo de discutir, avaliar e propor sobre o papel, atuação e estrutura dos conselhos de saúde. Como podemos perceber, no enfrentamento da problemática da saúde, tanto o estado quanto à sociedade é responsável, através do qual o exercício do controle social pode refletir na melhoria dos serviços de saúde prestados à população e sua qualidade vida.

4.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE: UMA NOVA INSTITUCIONALIDADE DEMOCRÁTICA

Os conselhos de saúde foram criados no início da década de 90 através da Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e Lei 8142/90 nas três esferas de governo: nacionais, estaduais e municipais.

Sua finalidade é discutir, elaborar, propor e fiscalizar sobre a política de saúde em cada nível de governo, ou seja, “nasceram como novos arranjos institucionais destinados a ajustar o sentido público do Estado e induzir-lhes uma maior responsabilidade, perante o conjunto da sociedade”. (SOUSA, 2003: 80). Assim, a concepção de conselho está pautada numa nova compreensão do caráter e papel do Estado, que está vinculado à participação social que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania (CARVALHO, 2004). Esses colegiados contribuem com a democracia tanto na sua relação com o Estado, quanto com a sociedade.

Com o Estado quando impõe maior responsabilidade pública aos governos; com a sociedade, possibilita a emergência de novos sujeitos políticos e identidade coletiva (SOUSA, 2003: 80). Permitem debates mais prático na medida em que as decisões devem ser implementadas nas localidades a que eles se reportam, assim gerando constante tensão em função de disputas de interesses específicos.

Os conselhos são formados por 04 segmentos da sociedade os quais se encontram distribuídos da seguinte forma: 50% e destinado aos usuários representados por entidades organizadas como as associações de: portadores de patologias, portadores de necessidades especiais, aposentados e pensionistas, defesa do consumidor, moradores, comunitárias urbanas e/ou rurais, ambientalistas, entidades indígenas, entidades religiosas, entidades patronais, comunidade científica, sindicato de trabalhadores rurais e urbanos (ou federações), movimentos organizados de mulheres em saúde, movimentos sociais e populares organizados, entre outros.

É importante destacar que os representantes dos usuários devem ser eleitos em fórum próprio (na própria entidade) e enviado os nomes dos representantes através de ofício e cópia da Ata da reunião que os elegeu à secretaria de saúde (em cada esfera de governo); 25% do segmento dos Trabalhadores da saúde – Desde que atuem na saúde, independente do grau de escolaridade e da função que exerce e devem ser eleitos, entre os trabalhadores de saúde. Se houver sindicato ou associações de trabalhadores da saúde, as escolhas dos representantes podem ser realizadas pela entidade; 25% entre governo e prestadores de serviços do SUS: a representação do governo é indicação da gestão executiva. Geralmente são os secretários de saúde. Os prestadores de serviços devem ser públicos, filantrópicos e/ou privados, desde que conveniados com o SUS e devem eleitos em fórum próprio.

No processo de construção dos conselhos, se faz necessário resgatar a história de criação do Conselho Nacional de Saúde onde no período anterior a 1990, tratava-se de um órgão

consultivo do Ministério da Saúde, e seus membros eram indicados pelo Ministro de Estado, sendo instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, nessa época debatia apenas questões internas. Com a divisão entre o Ministério da Saúde e da Educação, o CNS foi regulamentado pelo Decreto 34.347, de 8 de abril de 1954, com a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde.

O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto 45.913 aumentou o número de conselheiros para 24 e em 1960, passou por nova mudança através do Decreto 47.793/60, assumindo como membros natos do CNS, os ex-ministros de estado dos negócios da saúde. O Decreto 847, de 5 de abril de 1962, definiu que o conselho teria a finalidade de assistir o Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta, aumentando assim o número de conselheiros para 27.

No segundo momento, a atuação do conselho é ampliada pelo novo decreto, nº 67.300, de 30/09/1970. Nessa fase coube ao conselho "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que fossem submetidos a sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matérias que, por força de lei, tinham que ser submetidas à sua apreciação". Em 1987, foi publicado o Decreto 93.933, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde, composto por 13 membros indicados pelo governo, inclusive os 7 representantes da sociedade civil - "personalidades de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde". O Decreto 99.438, de 07/07/1990 regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, agora com 30 membros (legislação alterada pelos Decretos 1.448/95 e 1.974/96). Essa legislação destacou quatro segmentos na composição do CNS já citados anteriormente: usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. A composição do CNS de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde.

Porém, para orientar e garantir a organização desses colegiados, foi necessário construir um instrumento, trata-se da Resolução 33-CNS, aprovada em 1992, reafirmando a paridade na composição dos Conselhos de Saúde, trazendo aos conselheiros nacionais a convicção de que essa legislação também deveria orientar a composição do CNS. Desde então foram criados diversas comissões e grupos de trabalho para estudar e propor recomposições do CNS, contudo com grandes dificuldades para homologar essas decisões.

Em 1998, foi aprovada uma recomposição que ainda não atendia a todos os anseios dos membros do CNS, mas ampliava significativamente a participação dos trabalhadores de saúde a fim de cumprir a Resolução 33. A proposta ficou paralisada por esboçar divergências e não foi reaberta a discussão com o CNS. Em 2003, as negociações foram retomadas e tornou possível a construção de um decreto do Presidente da República, Decreto 4.699, de 19 de maio de 2003, que ampliou o mandato dos conselheiros até 31 de agosto e orientou que o CNS formulasse uma proposta para alterar sua composição até 03 de julho de 2004. No dia 03 de julho de 2004 o CNS aprovou uma nova composição, que ampliou de 32 para 40 o número de seus membros, incluindo representações do movimento de mulheres, movimento indígena e movimentos populares nacionais, levando em consideração as reivindicações e deliberações do próprio CNS nos últimos anos, além de garantir a paridade, ampliando definitivamente a representação dos trabalhadores de saúde.

Cumprindo ainda sua prioridade de organização e democratização do CNS, deliberou por um mandato provisório desses novos conselheiros nacionais para que o plenário elaborasse os critérios eleitorais e a legitimidade e legalidade das representações, com o objetivo de regulamentar o CNS, sua composição e o processo eleitoral, de acordo com o que seria aprovado na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Em novembro de 2003 o Conselho Nacional de Saúde aprova a Resolução 333, em substituição à de número 33, trazendo algumas mudanças e ênfase na forma de organização dos conselhos de saúde, as quais foram propostas e aprovadas nas duas últimas conferências de saúde. Segue alguma dessas mudanças: O presidente do conselho passará a ser eleito entre seus membros; deve ser avaliado como impedimento da representação do segmento, o conselheiro que ocupe ou passe a ocupar cargos de confiança ou de chefia que venha a interferir na autonomia representativa do mesmo o qual poderá ser substituído a juízo da respectiva entidade; Na composição do conselho de saúde não cabe a participação dos poderes Legislativo e Judiciário uma vez que são poderes independentes; a função de conselheiro é de relevância pública e, portanto, não remunerada e garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do conselho de saúde. Em 10 de maio de 2012 é publicada a Resolução nº 453, de 2012, reformula e revoga a Resolução nº 333, de 2003. A reformulação apresenta redação pouco mais extensa, com objetivo de afirmar o que pairava sobre as normas para a instituição, reformulação, reestruturação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

A aprovação da resolução 453/2012 no Conselho Nacional de Saúde levou em conta a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos. Na nova versão foram incluídas as atribuições previstas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde. Assim, os conselhos poderão avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, irão examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

De acordo com a nova versão, o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

A recomendação explicitada no novo texto é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

A atualização do texto deixou explícito que, no exercício de sua função, o conselheiro deve estar ciente de que, responderá conforme legislação vigente por todos os seus atos e as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade. Além disso, o conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento, não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.

A nova redação esclarece os conceitos de maioria simples (o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes), maioria absoluta (o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do conselho) e maioria qualificada (2/3 do total dos membros do conselho) de votos para tomada de decisão do CNS também esclarece sob a adequação das competências dos conselhos ao que está previsto no atual regimento do Conselho Nacional de Saúde, também foi explicitada no novo texto.

Compete ao próprio conselho, atualizar periodicamente as informações sobre o conselho de saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Com as mudanças implementadas pela Resolução 453/2012, “os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado. A amplitude do campo de atuação dos conselhos de saúde, além de valiosa, é extensa. Como exemplo, a instituição dos conselhos de saúde atende à exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor Saúde. Sua atuação e variedade de competências fazem com que, hoje em dia, todos os municípios brasileiros disponham de um conselho de saúde”. BRASIL (2012),

Na Estrutura e funcionamento dos Conselhos os governos devem garantir autonomia para o pleno funcionamento do conselho, com dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa, porém, é o plenário que define sua estrutura administrativa e quadro de pessoal, de acordo com a NOB-RH; o conselho de saúde deve gerenciar seu orçamento que deve ser utilizado para o pleno funcionamento do conselho, exemplo: diárias (ou ajuda de custo) para alimentação, transporte e hospedagem para o conselheiro representar o conselho fora de seu município ou Estado, bem como para aquele que more distante e precise de transporte para se locomover até a reunião, realização de eventos... Suas reuniões ordinárias devem ocorrer no mínimo mensalmente e extraordinariamente quando necessário e a pauta de cada reunião e material de apoio devem ser entregues aos conselheiros com antecedência. As reuniões são abertas ao público.

A cada três meses deverá constar na pauta da reunião do conselho, a prestação de contas realizada pelo gestor da saúde (aplicação dos recursos, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, plano de saúde...). Porém, os conselheiros de saúde devem sempre que necessário convidar profissionais de saúde, coordenadores de programas, entre outros, para apresentar ações desenvolvidas e resultados para que o conselho possa acompanhar as ações que estão sendo desenvolvidas. Podem ainda ser criadas comissões internas exclusivas de conselheiros de caráter permanente ou provisório e grupos de trabalho que poderão contar com outros parceiros não conselheiros.

Entre as competências dos conselhos de saúde destacamos: 1 – Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde; 2 – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos financeiros e econômicos e propor estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados; 3 – Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; 4- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, inclusive articulando-se com outros colegiados como: conselhos de educação, meio-ambiente, idosos, criança e adolescentes...; 5 – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; 6 – Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos fundos de saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos; 7 – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com as prestações de contas e informações financeiras repassadas em tempo hábil ao conselho; 8 – fiscalizar e acompanhar os serviços de saúde e encaminhar parecer à plenária do conselho; elaborar Regimento Interno com critérios para o funcionamento do conselho.

É nos conselhos de saúde que se produz a prática do controle social institucionalizado, estando presente a institucionalidade participativa através de suas representações. De modo que ao analisarmos a organização, funcionamento e função de um conselho de saúde podemos identificar a presença de dois modelos de democracia que norteiam sua atuação: democracia representativa e participativa. De um lado temos a democracia representativa, onde os membros de um conselho submetem-se a um processo de eleição/escolha. Os membros eleitos pelos respectivos segmentos assumem o compromisso de defender os interesses de seus representados.

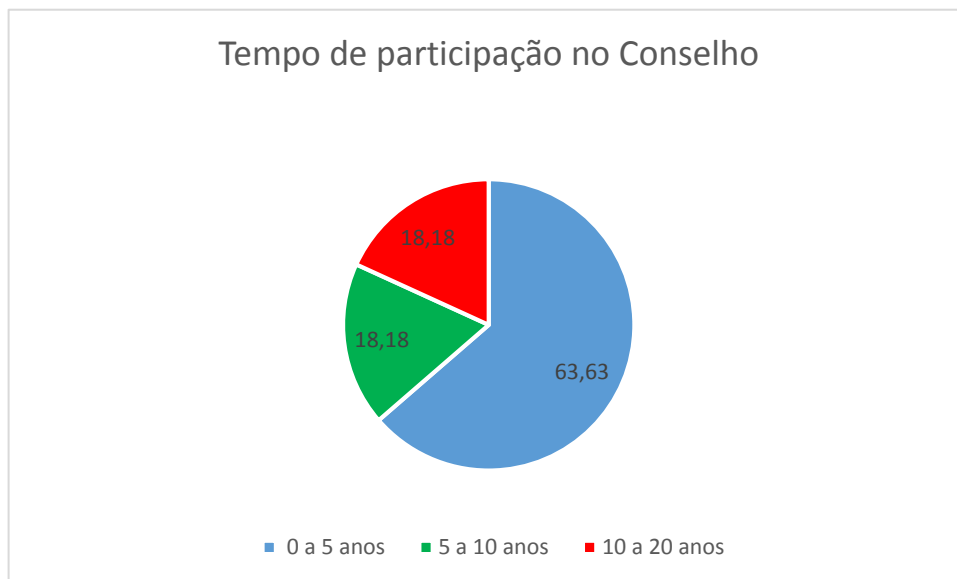
Em seu processo de atuação estão presentes elementos que fazem parte desse modelo de democracia como: o voto das matérias em pauta, o consenso e o dissenso. Por outro lado, está presente a democracia participativa uma vez que nesses conselhos é assegurada a participação da sociedade nas políticas de saúde: para que haja representatividade e legitimidade na atuação dos representantes num conselho de saúde é necessário que estes estejam articulados com seus representados para que possam defender seus interesses.

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO:

5.1 DADOS DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ-PB

Todo os membros que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Cuité responderam o questionário composto de 21 perguntas. Inicialmente procuramos saber o tempo que os componentes participam do Conselho e o sexo (Figura 1).

Figura 01 – Percentual do tempo de participação dos membros do Conselho Municipal de Saúde-Cuité-PB.



Observamos que existe membros que já estão no processo por muitos anos, sendo o maior tempo de participação 20 anos. O menor tempo de participação é de 8 meses. Se classificarmos o tempo de participação dos conselheiros em termos percentuais observamos que o período de até 5 anos de participação é a maioria (63,63%). De acordo com a Resolução 453/12 do Conselho Nacional de Saúde, o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

A recomendação explicitada na Resolução 453/12, é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

Com relação a idade, existe uma variação entre os conselheiros, que vai de 29 a 71 anos de idade. É importante ressaltar que o membro mais velho do conselho não é o que está atuando por mais tempo, o mais velho em participação está desde 1999 e tem 52 anos de idade. A maioria dos membros ingressaram no ano de 2017 demonstrando que houve uma renovação na composição do conselho, conforme preconiza a Resolução 453/12. Também podemos perceber que a composição do conselho apresenta a maioria dos seus membros do sexo feminino, dos doze, nove são mulheres e três são homens (Tabela 1).

Tabela 01 – Idade, tempo de atuação, escolaridade (EMC=ensino médio completo; EMI=ensino médio incompleto) e profissão dos membros no Conselho Municipal de Cuité - PB.

IDADE	INÍCIO DO MANDATO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO
29	2019	Superior	Enfermeira
34	2017	Superior	Enfermeira
35	2017	Superior	Psicóloga
45	2017	Superior	F. Pública
46	2017	Superior	Enfermeira
50	2018	Superior	Gestor Escolar
52	1999	EMC	Agricultor
55	2017	Superior	Aux. Admin
59	2019	EMI	Enfermeira
60	2011	EMC	Aposentada
71	2005	EMC	Sec. Executivo
Não respondeu	2017	EMC	Secr. de Assis Social

Em se tratando da escolaridade, o perfil dos conselheiros pesquisados indica um elevado grau de formação, considerando que 60% têm nível superior, contemplado nos três segmentos representados. Apesar disso, Wendhausen e Rodrigues (2006, p. 7) enfatizam a importância da escolaridade em relação à participação, pois acreditam [...] que a educação como formação à cidadania é um desses canais, à medida que a escolaridade possibilita o envolvimento potencial e criativo das pessoas com as coisas de seu mundo, alicerçada em componentes formativos, de

empoderamento ('autopromoção'), de direitos e deveres dos atores sociais, de acesso à informação e ao saber, de habilidades, valores e liberdade de escolhas responsáveis.

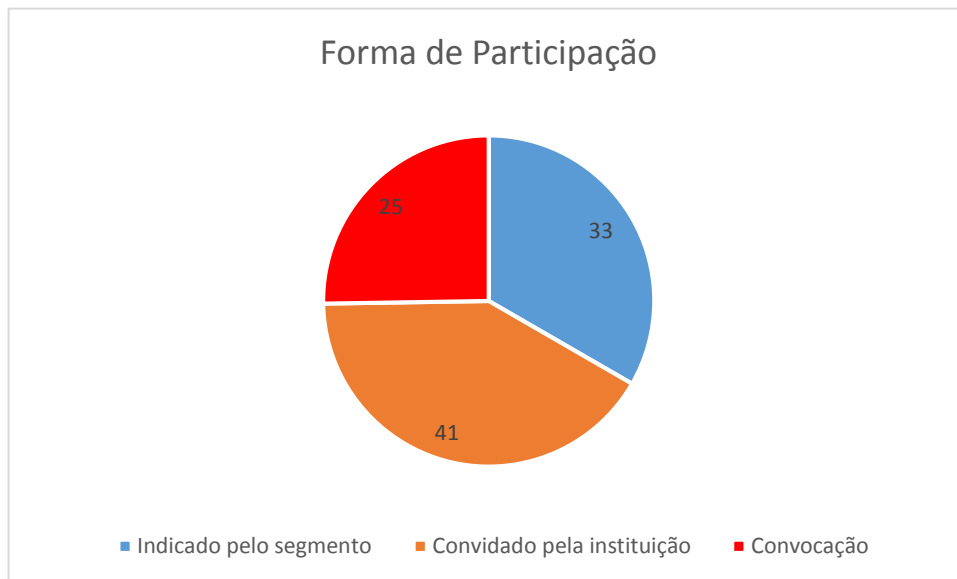
Este dado conduz à seguinte reflexão, se por um lado o elevado grau de escolaridade dos representantes pode ser avaliado positivamente, por outro, em que medida os grupos menos favorecidos, com maior risco de vulnerabilidade (trabalhadores rurais, entre outras) são representados e envolvidos nas decisões sobre as políticas na área da saúde. A presença dos conselheiros das diferentes áreas enriquece o colegiado, diversificando os olhares e as opiniões, viabilizando a ampliação do debate.

5.2 – CAPACITAÇÃO E ATUAÇÃO DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE CUITÉ

Os Conselhos de Saúde são frutos de uma conquista histórica construída pelos movimentos sociais e outros segmentos sociais, legalmente instituída a partir da Lei No 8.142/90 e hoje normatizada pela Resolução CNS/453/12. Esta prevê a participação paritária do segmento dos usuários em relação aos profissionais de saúde e aos prestadores de serviços de saúde, através de entidades ou instituições formalmente constituídas. Assim, o conselheiro representa uma organização formalmente instituída, que representa um segmento social. Este modo de conduzir a participação das entidades ou instituições exige critérios para eleger os seus representantes. De modo geral, os critérios utilizados podem ser através da realização de eleição pelos membros da organização, realizada por meio de assembleia geral, ou sua indicação pela direção da entidade. A Forma como se deu a composição do Conselho Municipal de Saúde do município de Cuité observação na Figura 2.

Os membros que compõem atualmente o Conselho Municipal de Saúde de Cuité, participam do Conselho por convocação, por indicação ou por convite da instituição. Em termos de percentuais 41 % participam como convidado da instituição sendo esse o maior percentual (Figura 02).

Figura 02 – Percentual de como foi eleito os membros do Conselho Municipal Saúde de Cuité-PB.



De acordo com o gráfico acima, o início da participação da maioria dos membros do Conselho se deu por meio de convite feito pelo presidente da entidade que faz parte ou pelos gestores das instituições. A emissão do convite é feito pelo Conselho e direcionado para a entidade, ou para quem exerce o cargo de chefia.

No entanto, ao levar em consideração o perfil desses conselheiros, a escolha talvez pudesse ser justificada a partir do nível de conhecimentos na área da saúde que na representação é um recurso extremamente significativo.

A utilização do convite como forma de escolha dos conselheiros demonstra a ausência de envolvimento da base do segmento na escolha de seus representantes. Esse modo de escolha de representantes de um determinado segmento pode ser compreendido de diferentes maneiras: pode ser devido à falta de envolvimento e participação da base, ou pode ser devido a confiança da pessoa que está na condução da entidade, que ao exercer o poder modo centralizado, não possibilita o envolvimento de outras pessoas para representar o segmento. Modo pelo qual representa a posse, a apropriação, prevalecendo o interesse individual sobre o coletivo.

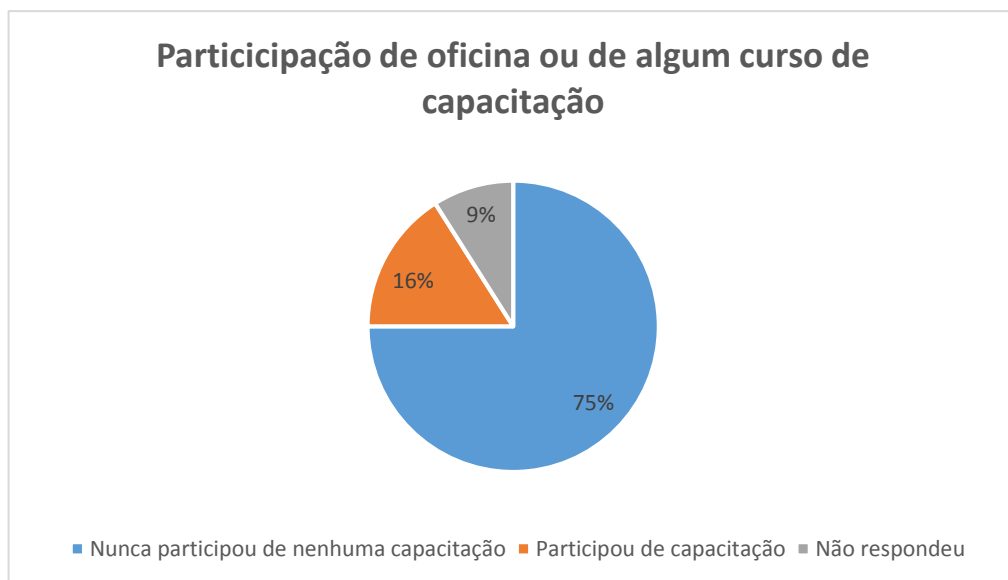
Há uma preocupação nacional sobre a necessidade de capacitação de conselheiros de saúde. Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresentou em sua plenária um documento denominado "Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social

do SUS" que consolidou todas as diretrizes para a formação do controle social até então formuladas em lei, no próprio Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde. Essas diretrizes estabelecem que a educação permanente para o controle social do SUS se daria através de processos formais de transmissão de conhecimento e fóruns de debates, tais como encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates. Essas diretrizes recomendavam também a utilização de metodologias que buscassem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo.

A desigualdade de informações entre os conselheiros é perceptível nas reuniões do conselho municipal de saúde de Cuité, sendo o segmento dos usuários o mais prejudicado, embora no conselho, como vimos, a maioria é detentora de curso superior, no entanto, parte significativa desses conselheiros desconhece o papel e o poder que possui e, em consequência, não sabe como enfrentar adequadamente os problemas e a quem recorrer.

De acordo com o gráfico abaixo 75% dos conselheiros de saúde do município de Cuité não participaram de nenhuma capacitação, apenas 16% participaram de algum curso de capacitação e 9% não responderam à questão.

Figura 03 – Percentual de participação em oficina ou de algum curso de capacitação



A questão da necessidade de capacitação é tratada por Correia (2005), como uma das grandes fragilidades destes espaços: “os conselheiros, muitas vezes, não conhecem a dimensão do caráter deliberativo do conselho, não compreendendo, inclusive, seu papel”. Para a autora, pode-se afirmar que a capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação, pois tal realidade tem determinantes bem maiores [...]. Mas poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios (CORREIA, 2005, p.16). Outro autor coloca que “a formação de conselheiros através de pólos de educação permanente é uma das alternativas para socializar informações que são fundamentais para sua atuação.” (WENDHAUSEN ,2005, p. 158).

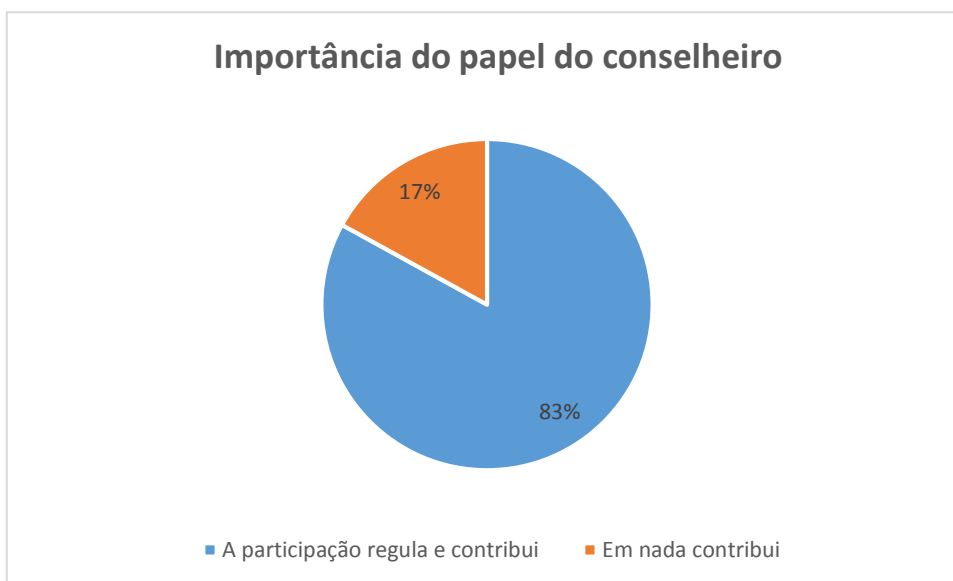
Nesse sentido, entendemos que a capacitação de conselheiros viabilizariam uma maior participação no controle social das políticas de saúde e o CNS tem essa preocupação ao afirmar que é fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida (BRASIL, 2003, p. 7). As diretrizes colocam a necessidade de uma capacitação descentralizada, contínua e permanente, levando em consideração as particularidades de cada estado e município.

A participação de cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente o Conselho de Saúde (Usuários, Prestadores de Serviços, Profissionais e Governo), são naturalmente defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades, que por sua vez, foram criadas para dirigir a conquista dessas reivindicações. É importante ter ciência, neste sentido, de que este órgão municipal está diretamente envolvido na discussão de temáticas essenciais como o orçamento destinado à saúde, a política de recursos humanos, a relação com o setor privado, as epidemias, o saneamento básico, as estratégias de vigilância à saúde e muitos outros aspectos.

Os membros do Conselho Municipal, assim, devem estar alinhados e articulados no sentido de enfrentar os problemas locais, priorizando desta forma o processo de planejamento participativo – porque, acima de tudo, esta entidade demanda uma resposta imediata e concreta do SUS.

A grande maioria dos conselheiros de saúde de Cuité, 83%, acredita que as decisões tomadas no CMS têm contribuído para a consolidação do SUS no município de Cuité. Neste cenário, há um reconhecimento do papel do conselheiro, no sentido de: deliberar sobre políticas de saúde; fiscalizar e controlar a gestão; tentar adequar o SUS à realidade da sociedade; fazer prevalecer a integralidade e a universalidade nos atendimentos e trabalhar para a consolidação e o fortalecimento do SUS a partir do controle social. No entanto, 17% entende que a participação em nada contribui atribuindo pouca importância a importância do papel do conselheiro de saúde (Figura 4).

Figura 04 – Percentual das respostas da visão dos conselheiros na importância da atuação.

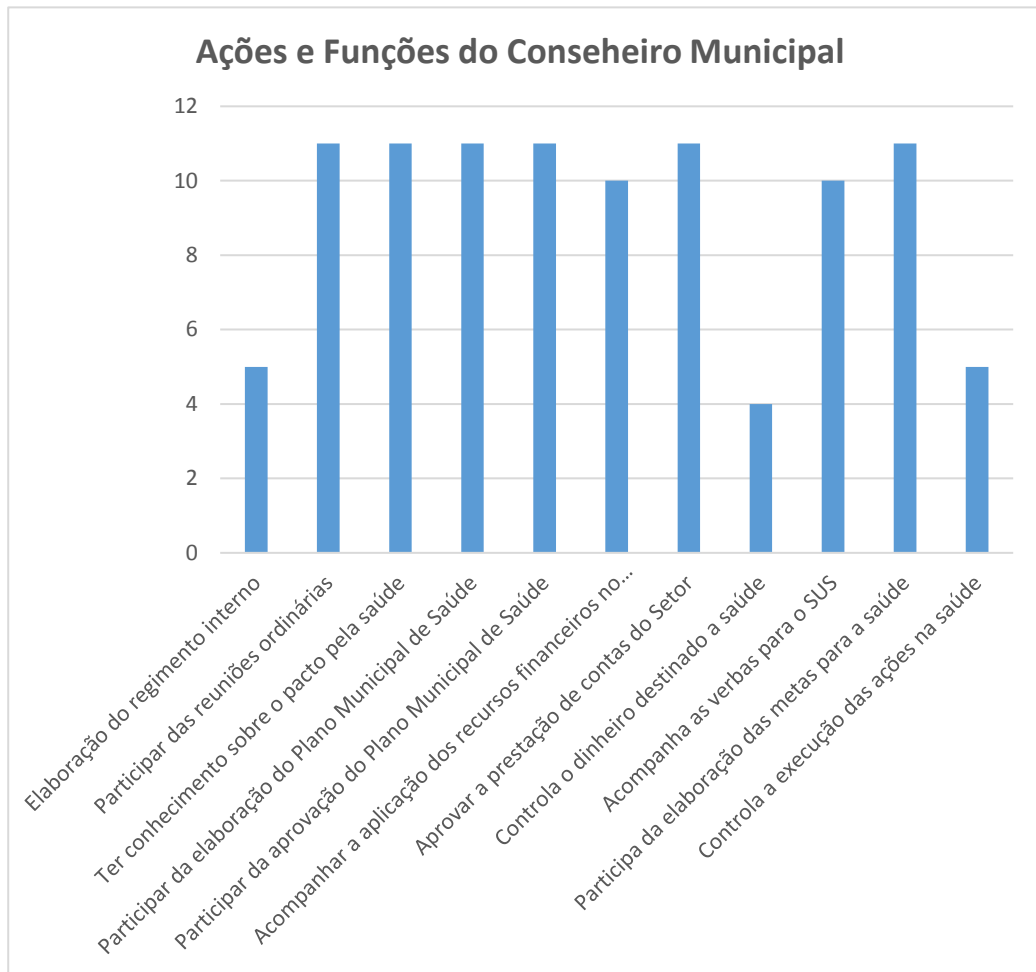


Nesse sentido, entendemos que embora haja recomendações suficientes sobre a importância de capacitação no SUS em diferentes instâncias e colegiados para incentivar e qualificar a atuação do conselheiro no sentido de reconhecer a importância da participação, por outro lado, como ressaltam Gaedtke e Grisotti (2011), vários estudos abordam o desconhecimento dos conselheiros sobre o seu papel, o que seria uma das possíveis causas da pouca importância na participação. Assim, conclui-se que há um longo caminho a ser percorrido.

A Resolução n. 453/12 define as diversas competências dos conselhos de Saúde é o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. Os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais podem, conforme o Ministério da Saúde: 1. Atuar na formulação e controle de execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa; 2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível estadual e municipal; 3. Traçar diretrizes às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; 4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área; 5. Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde; 6. Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito das deliberações do Colegiado; 7. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; 8. Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde; 9. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde; 10. Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde; 11. Propor critérios para programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos; 12. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS; 13. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento; 14. Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde; 15. Definir outras atribuições estabelecidas pela Lei orgânica da Saúde.

Listamos 11 ações e funções que fazem parte da atuação dos conselheiros, dessas, três quase não foram assinaladas: a elaboração de regimento interno, apenas 5 assinalou; o controle dos recursos destinado a saúde, apenas 4 assinalou e o controle a execução das ações de saúde, apenas 5 assinalou. As outras ações quase todos os membros confirmaram como atividades realizadas por eles (Figura 5).

Figura 05 – Ações e funções assinaladas pelos conselheiros que fazem parte de sua prática.



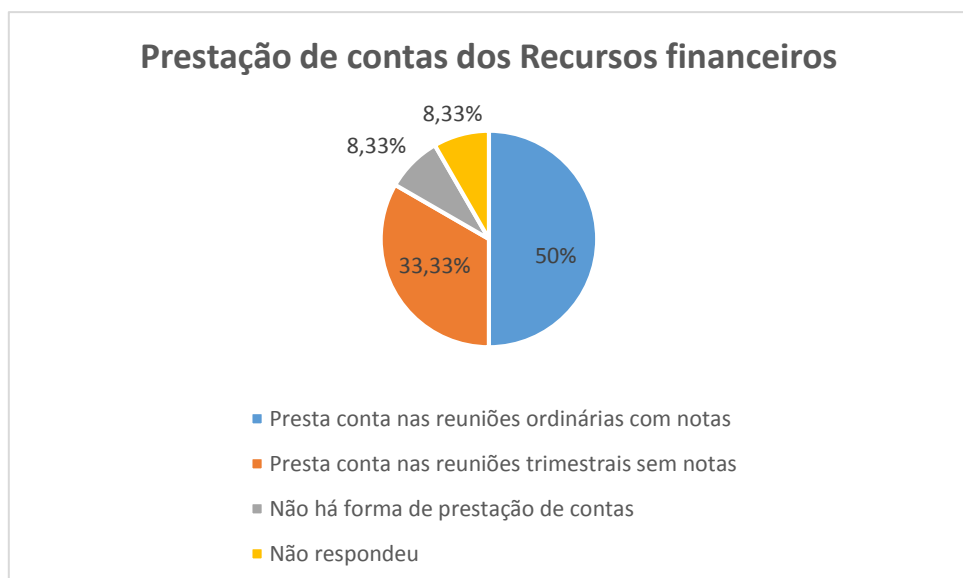
O que se percebe é que, mesmo com muitos avanços, ainda há vários limites impostos para que haja um efetivo êxito destes conselhos. Há pouca oposição dentro do conselho e não há tensões políticas que impactem o funcionamento do conselho. De acordo com os conselheiros as reuniões são abertas e são frequentadas por pessoas da comunidade não integrantes do conselho. A população procura os conselheiros e o conselho para apresentar demandas como falta de médico, agente de saúde que não está trabalhando direito, e outras demandas dessa natureza. A análise dos resultados indica um baixo nível de contestação pública, sendo que o conselho não exerce o seu papel na fiscalização da aplicação dos recursos públicos. Como visto em relação à apresentação das prestações de contas, não há uma abertura efetiva das contas para o conselho. Os próprios conselheiros reconhecem que eles deveriam cobrar mais, entretanto esta é uma obrigação legal da administração municipal que não vem sendo cumprida adequadamente. Assim, embora os conselheiros não tenham feito referências ao medo de represálias e a falta de independência na sua atuação, ficou caracterizado que a falta de

transparência da administração representa um limite importante para o seu adequado funcionamento, além da falta de preparo reconhecida por eles.

É por meio da prestação de contas que os dirigentes demonstram o que fizeram e seu planejamento futuro para transformar a realidade de seus representados. Também é por meio dela que a sociedade pode cobrar eventuais distorções ou incorreções ocorridas na gestão, atuando de maneira proativa e, sobretudo, solidificando a democracia e as instâncias democráticas. A prestação de contas se faz necessária, principalmente porque nos conselhos municipais de saúde encontram-se diversos atores que promoverão decisões acerca de políticas relacionadas à saúde e só encontrarão legitimidade a partir da realização de suas decisões, que deverão ser tomadas a partir de informações fidedignas e da participação efetiva dos conselheiros – legítimos representantes da comunidade, sob pena de esta instância vir a tornar-se uma instância burocrática, como constatado por Landerdhal e colaboradores (2010).

Procuramos saber se é transparente a forma como são prestadas contas das aplicações dos recursos financeiros, 50% (Cinquenta por cento) relataram que sim, nas reuniões ordinárias, apresentando receitas, despesas – justificada com apresentação de notas fiscais; 33,33% (trinta e três, trinta e três por cento) confirmam que sim, nas reuniões trimestrais, apresentando receitas, despesas, sem apresentação de notas fiscais; apenas 8,33% (oito, trinta e três por cento) afirma que não há nenhuma forma de prestação de contas da aplicação dos recursos destinados ao setor. Um membro não respondeu (Figura 6)

Figura 06 – Percentual de respostas dos conselheiros sobre a prestação de contas dos recursos financeiros destinados ao setor de saúde.



Para que os conselhos possam atuar no planejamento e controle dos atos governamentais, é essencial que a administração pública preste contas de seus atos. A prestação de contas, nesse contexto, deve evidenciar a atuação do governo e seus resultados para que os mesmos possam ser avaliados e controlados. Por outro lado, faz-se necessário que o governo evidencie seus planos e propostas para que os representantes da comunidade possam discutir e deliberar a respeito. Nesse sentido a Lei Federal nº. 8689/1993 determina que o gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo preste contas ao Conselho de Saúde trimestralmente.

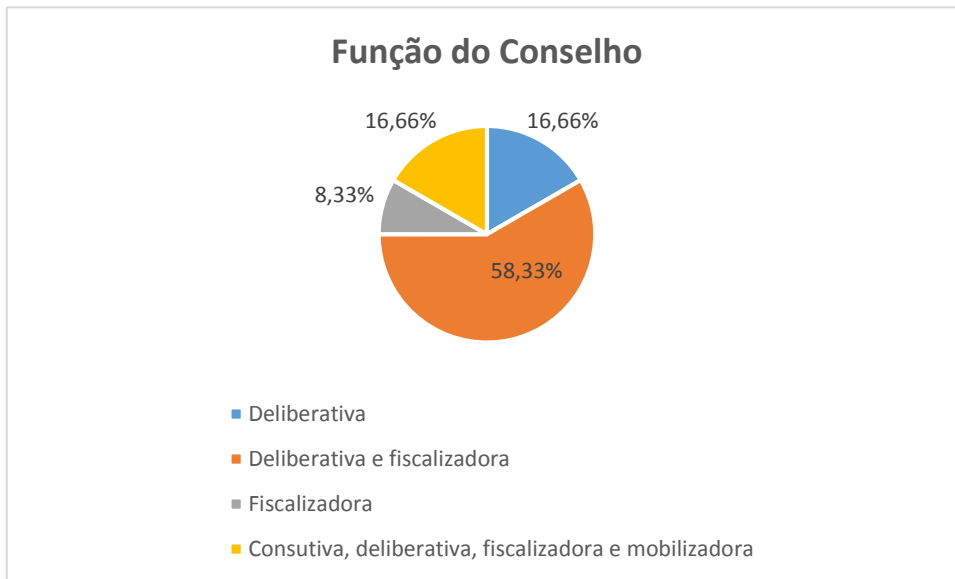
Embora a legislação estabeleça a obrigatoriedade da prestação de contas do governo perante os conselhos, há obstáculos a serem superados para que este instrumento se torne uma ferramenta útil aos conselheiros como a forma como os relatórios são elaborados; a falta de relação entre o que fora estabelecido como meta e cumprido; a ausência de objetivos claros, bem como as prioridades a serem executadas. Somando-se aos itens precedentes tem-se o baixo grau de compreensão dos conselheiros sobre as informações de natureza econômico-financeiras, resultando em um quadro de ausência do controle social sob o ponto de vista dos aspectos formais relacionados à prestação de contas.

A importância da função do Conselho Municipal garante esta inclusão direta da população no controle e na elaboração de políticas para a gestão de saúde na cidade.

Para fornecer uma definição mais aprofundada, podemos afirmar que os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos colegiados de caráter deliberativo e permanente, formados por prestadores de serviço, representantes do governo, profissionais da saúde e também usuários. No Conselho, a representação dos usuários acontece de maneira paritária em relação aos outros membros. As diretrizes da Resolução 453/12 do CNS estabelece todas as funções dos Conselhos de Saúde entre elas foram submetidas aos conselheiros funções deliberativas; deliberativa e fiscalizadora; fiscalizadora e consultiva, deliberativa, fiscalizadora e mobilizadora.

A maioria dos conselheiros 58,33%, afirma que a função do conselho é consultiva, deliberativa, fiscalizadora e mobilizadora. Já 16,66% acham que é apenas deliberativa e os mesmos 16,66% afirmam que é deliberativa e fiscalizadora, apenas 8,33% acham que é apenas fiscalizadora (Figura 07).

Figura 07 – Percentual de respostas sobre a função do Conselho.



A Lei Federal n.º 8142/1990 estabeleceu que o Conselho de Saúde tem caráter Permanente e Deliberativo e que é um órgão Colegiado, composto por representantes do Governo, por Prestadores de Serviços, por Profissionais de Saúde e pelos Usuários do SUS (pois, por representantes da coletividade desvinculados do Governo, dos Prestadores de Serviços e dos Profissionais de Saúde), e que deve atuar na Formulação e no Acompanhamento de Estratégias e no Controle da Execução da Política de Saúde na instância correspondente à esfera de sua criação (federal, estadual ou municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Mas estabelece, ainda, que as decisões desse órgão colegiado com caráter legalmente permanente e deliberativo serão homologadas pelo Chefe do Poder Legalmente constituído na esfera de Governo em que foi e estiver constituído.

A função fiscalizadora, torna o CMS uma estrutura ao mesmo tempo complementar e independente da Secretaria Municipal de Saúde, capaz de não apenas orientar, como de co-girir, e, se necessário, legalmente corrigir a mesma Secretaria em sua atuação junto à coletividade.

Segundo o TCU, por meio de seu portal próprio, por função mobilizadora entende-se o estímulo à participação popular na gestão pública e a disseminação de estratégias de informação para a sociedade sobre as políticas públicas. Por meio da função mobilizadora cada Conselho Municipal se vê imbuído da missão/obrigação de chamar a atenção da sociedade civil organizada para os canais de denúncia, sendo que, ao explicar o papel de deliberação e

fiscalização dos Conselhos, a sociedade será estimulada para participar, por meio do acompanhamento das ações governamentais, do controle da oferta de serviços da área abrangida pelo Conselho.

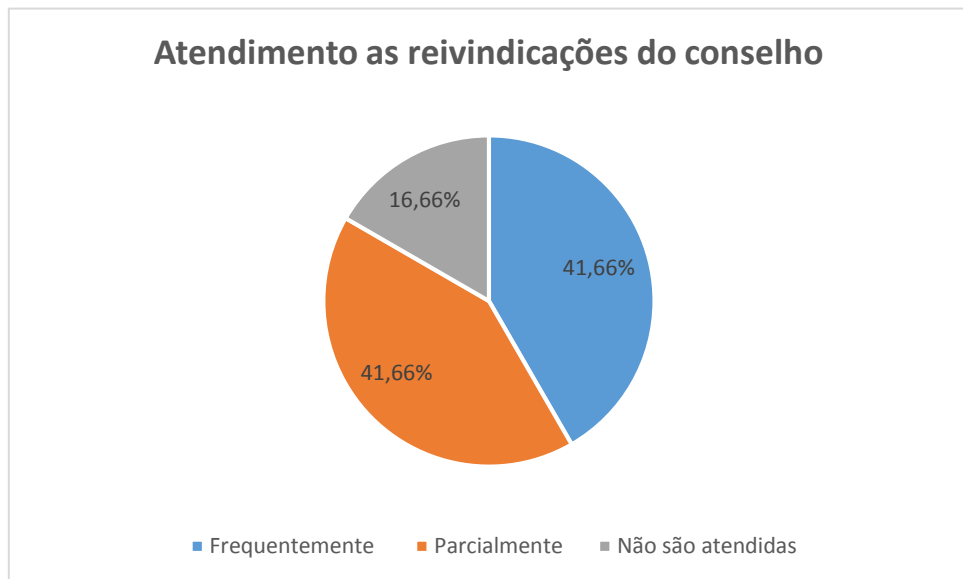
O Conselheiro de Saúde representa as forças sociais e a diversidade presente em uma dada comunidade trazendo para aquele espaço seus valores, pensamentos e demandas. No entanto, destaca-se a pertinência dessas demandas trazidas aos Conselhos de Saúde se referem às necessidades muitas vezes sentidas pelos usuários, e que tais aspectos se valorizados poderiam se articular a mudança para um modelo assistencial congruente com os princípios do SUS (WENDHAUSEN, 2002)

Já os prestadores de serviços de saúde demandam ao Conselho, principalmente assuntos financeiros, demonstrando a união de forças entre seus pares, no sentido de terem suas demandas aprovadas. Nesta posição de barganha, utilizam seus votos nesta arena política como moeda de troca e, assim, aumentam suas possibilidades de estabelecimento de relações contratuais como município (COELHO, 2007).

Também os trabalhadores de saúde, de forma similar ao usuário, apresentam questões individuais e não coletivas. Isto pode ser decorrente do baixo investimento em qualificação de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pela reduzida infraestrutura e aprimoramento para o trabalho em saúde, suas demandas ficam, muitas vezes, vinculadas às questões de condições de trabalho.

Procuramos saber se o poder público tem atendido as reivindicações do Conselho: 41,66% dos conselheiros afirma que são atendidas frequentemente, o mesmo percentual 41,66% afirma que os atendimentos das demandas são atendidas parcialmente e que apenas 16,66% as demandas não são atendidas (Figura 08)

Figura 08 – Percentual de respostas sobre o atendimento das reivindicações do conselho pelo poder público.



Observamos que os conselheiros dão atenção diferenciada ao Poder Executivo, face à possibilidade de estabelecer canais diretos de negociação. Assim, movimentos reivindicativos, que tratam do mesmo tipo de interesses, competem entre si, principalmente, por recursos, que são sempre escassos. Chegam, inclusive, a provocar uma hierarquização entre eles, numa situação onde, teoricamente, não se admitiriam diferenciações. No entanto, o atendimento das demandas total e parcial representa 83,32%. Total bastante significativo que demonstra uma forte relação do conselho com o gestor das políticas de saúde no município.

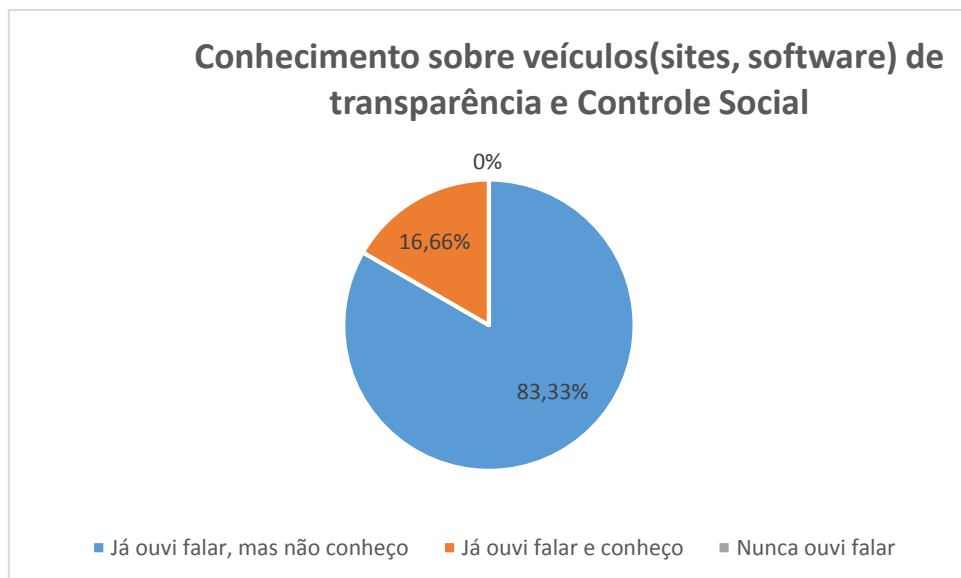
Um instrumento de transparência pública é definido como um instrumento de política pública percebido como novo por um conselheiro de saúde, que tem finalidade de disponibilizar informações sobre a administração pública na área da saúde. Esse instrumento, enquanto tecnologia, é um objeto de uso instrumental que reduz a incerteza nas relações de causa e efeitos envolvidas no alcance de algum objetivo da gestão de saúde em um ente federado. Assim, o "hardware" dessa tecnologia são os equipamentos de informática (computadores pessoais, celulares, etc.); e o "software" a informação disponibilizada para o conselheiro de saúde.

Os instrumentos de transparência e que serão considerados duas modalidades de instrumentos de transparência. Primeiro a transparência ativa, a qual compreende vários tipos de portais governamentais como as páginas de transparência de qualquer órgão da administração pública, inclusive dos entes subnacionais, notadamente das instituições

relacionadas ao setor saúde, as quais podem conter informações de ordem orçamentário-financeira e aquelas relacionadas diretamente com insumos, atividades e resultados de programas, ações e serviços de saúde. Com a transparência, o conselheiro de saúde deve encontrar a informação com mais rapidez e facilidade; a transparência pública deve aumentar a qualidade e o desempenho do conselheiro no exercício das funções.

Perguntamos aos membros do Conselho se eles têm conhecimento ou já ouviram falar sobre os veículos (site, software) de Transparências e Controle Social como o Portal da transparência. 83,33% dos conselheiros dizem que já ouviram falar, mas que não conhece, apenas 16,66% dizem conhecer, ou seja, todos os membros têm conhecimento sobre os portais de transparência que existem atualmente na WEB (Figura 9).

Figura 09 – Percentual de respostas sobre o conhecimento de veículos (sites) de transparência e Controle Social



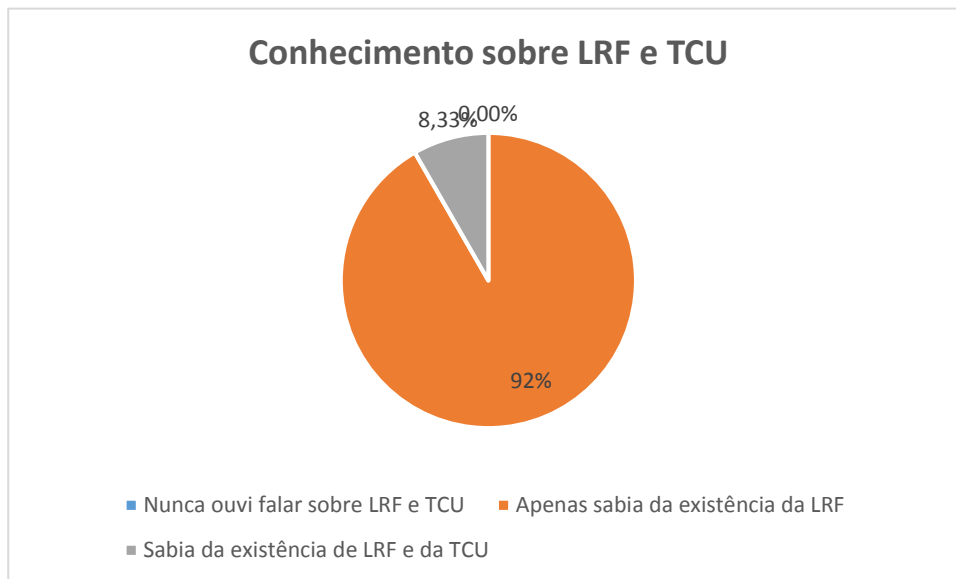
Portanto, os veículos de transparência e Controle Social foram mencionados como instrumentos úteis a atuação dos conselheiros de saúde. A necessidade de um portal da secretaria de saúde municipal, que disponibilize informações relacionadas a gestão do setor por contas das exigências legais de transparência ativa, tais como: registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público; registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos

financeiros; registros das despesas; informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados; dados gerais para o acompanhamento de programas, ações, projetos e obras de órgãos e entidades; e respostas a perguntas mais frequentes da sociedade. Assim, quanto maior a transparência maior efetividade das ações dos conselheiros para Controle Social.

Em busca pelo controle e eficiência das ações do poder público concretiza-se, no Brasil, pelo advento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em maio de 2000. O objetivo da LRF era introduzir métodos que possibilitassem ampliar o controle e a transparência dos atos dos gestores como: a inserção de publicações periódicas dos relatórios de gestão, o monitoramento dos índices orçamentários, o controle da despesa pública e o aumento na arrecadação da receita, forçando uma maior eficiência da gestão e a obtenção do equilíbrio das contas públicas.

Ao perguntar aos conselheiros municipais de saúde de Cuité se tinham conhecimento sobre o que determina a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e Tribunal de Contas da União (TCU), 92% responderam que não sabia sobre a existência da LRF, apenas 8,33% responderam que sabia da existência da LRF e do TCU. Pelo exposto deixa claro a necessidade articulação do TCU com os conselhos no sentido de qualificar os conselheiros e, em contrapartida, o Tribunal se fortaleceria na sua missão constitucional de assegurar a efetiva aplicação dos recursos públicos em benefício da sociedade. A parceria com os conselhos de saúde também auxiliaria na verificação da efetividade dos programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, ressaltando-se que alguns deles já são objeto de auditorias de natureza operacional pela Secretaria de Fiscalização e de Avaliação de Programas de Governo – SEPROG, tais como o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Valorização e Saúde do Idoso (Figura 10).

Figura 10 – Percentual de respostas sobre o conhecimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e do Tribunal de Contas da União



Portanto, o TCU ao contar com a cooperação das comunidades envolvidas, a efetividade de suas ações fica reforçada. Em contrapartida, essa aproximação fortalece os conselhos e amplia na sociedade civil a possibilidade de cultura participativa no controle da efetividade e da equidade das políticas públicas. Além do fortalecimento do controle dos recursos descentralizados, pode-se vislumbrar a diminuição do corporativismo e do clientelismo, aumentando a representatividade e a legitimidade da participação popular na alocação dos recursos da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CMS de Cuité foi criado através de Decreto e posteriormente se transformou em Lei, não possui orçamento próprio que garante sua autonomia financeira, mas sua composição está de acordo com a Resolução 453/CNS e tem um Regimento interno bem elaborado que contempla os deveres e obrigações dos conselheiros.

Os conselheiros participam de eventos, encontros e capacitações relacionadas ao controle social, no geral possuem um perfil sociológico que interfere positivamente no exercício de suas funções.

Os resultados obtidos neste trabalho levaram em conta o maior percentual das respostas obtidas, comparando-as com os dados documentais e diálogos simultâneos com outros atores envolvidos, sem, contudo, menosprezar algumas contradições identificadas.

No que se refere ao controle social institucionalizado, percebemos pelos dados obtidos que a população em geral, desconhece a importância do conselho de saúde na política de saúde. Embora aberto à participação da comunidade, há pouca participação de cidadãos nas reuniões do conselho, exceto quando há algum assunto específico e de extremo interesse de alguma entidade, bem como não há divulgação das atividades realizadas, existe um calendário de reuniões e/ou agenda de trabalho. De acordo com as respostas, muitos conselheiros mantêm sua entidade informada sobre os assuntos que circulam nas reuniões, mas, não chega a ser uma prática cotidiana.

Se considerarmos que um conselho tem em sua composição 50% de entidades representantes dos usuários e 25% dos trabalhadores supomos que esses segmentos deveriam exercer maior influência na correlação de forças, mas, os dados mostram o contrário, principalmente no que se refere aos usuários, o que nos leva a supor que apesar da sociedade civil cuitense contemplar várias instituições e entidades organizadas e, muitas estarem contempladas na composição do conselho, há ainda fragilidade na participação da sociedade no exercício do controle social institucionalizado.

Em relação a representatividade e legitimidade no Conselho Municipal de Saúde, constatamos a maioria dos conselheiros mantêm pouca articulação com suas entidades de base e que recebem algumas vezes orientações para defender/deliberar sob alguns temas nas reuniões, mas essa relação ainda não é efetiva. Contudo, há algumas dificuldades que fragilizam

essa articulação, quando a entidade é de abrangência municipal sofrem interferência do aspecto político local.

Observamos ainda que é o segmento do governo que mais envia assuntos nas pautas das reuniões do conselho. Essa prática é compreensível uma vez que é a gestão da saúde, a responsável pelas ações de saúde no município. Contudo, essa dinâmica demonstra também que há certa condução nos interesses da gestão. Os demais segmentos permitem essa prática uma vez que na maioria das vezes não pautam assuntos de interesse de suas respectivas entidades. Desse modo refletimos se os interesses da sociedade encontram-se contemplados naqueles apresentados pela gestão.

De modo geral acreditamos que os interesses da gestão estão relacionados às necessidades da sociedade, mas, há interesses e situações específicas aos segmentos dos usuários e trabalhadores que podem não estar sendo contemplados. Na correlação de forças entre os interesses a fragilidade da participação da sociedade no conselho reflete na baixa representatividade dos segmentos e conseqüentemente na legitimidade das deliberações, prevalecendo os interesses do segmento que possui maior influência sobre os demais, no caso do CMS de Cuité o segmento do governo.

Entendemos que a representatividade é necessária que cada conselheiro mantenha uma boa articulação com sua entidade, é essa representatividade que torna legítima a atuação de um conselheiro, contribuindo com a defesa dos interesses no processo de correlação de forças. Contudo, percebemos que os conselheiros são atuantes e demonstram compromisso com sua função, e mesmo de forma ainda limitada buscam articulação com suas bases, que conseqüentemente caminham para a superação das dificuldades em busca da efetiva representatividade e legitimidade.

Constatamos que atuação do conselho pode contribuir para a gestão das políticas públicas de saúde, influenciando positivamente no "estado de saúde" da população do município, no entanto para o exercício do controle social é fundamental um processo de capacitação permanente, isto porque os conselheiros devem conhecer o papel e atribuições de um conselho, a legislação do SUS, instrumentos de prestação de contas e as dificuldades existentes no exercício do controle social como: interferências político partidárias, cooptação, clientelismos, mandonismos, entre outros, É fundamental ainda que o conselheiro conheça a realidade o qual está inserido, bem como, os problemas de saúde da população e mantenha articulação com seus representados.

Portanto, o CMS de Cuité, historicamente, apesar das dificuldades e fragilidades vivenciadas, seja na composição, na representatividade, na atuação dos conselheiros, é bem estruturado, o calendário de reuniões é cumprido, há dinâmica nas suas reuniões ordinárias e extraordinárias, está de acordo com a Resolução 453/CNS, mas não possui autonomia financeira, as deliberações são homologadas em sua maioria e os conselheiros participam, quando são oferecidos, atividades/eventos pertinentes ao controle social. A história desse conselho mostra que não se trata de um colegiado cartorial, a exemplo de muitos que só existem em termos documentais e que só se reúnem para aprovar as propostas de governo. Apesar da fragilidade na representatividade no seu segmento dos usuários, os conselheiros deliberaram sobre assuntos importantes para a saúde do município, contribuindo positivamente com a política de saúde municipal.

Diante do exposto, percebemos que existe um longo caminho a se percorrer para que a atuação dos conselhos seja eficaz, a começar pela participação dos conselheiros que devem ser responsabilizados a fim de criar comprometimento e organização popular, diminuindo a distância entre representantes e representados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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 União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

_____. Lei 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, 31 dez. 1990b.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

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

CAMPOS, G.W.S. A Reforma Sanitária necessária. P.179-194. In BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.S. (trad. Tania Pelegrini) **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC-CEBES. 1988. 207p.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20(4): 1088-1095. 2004.

Coelho VSP. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos - CEBRAP**. 2007;78:77-92.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde**. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005.

Cuité. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. WIKIPÉDIA, 2019 disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Cuité_\(Paraíba\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cuité_(Paraíba)) Acesso em 02 de junho de 2019.

FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial. 1997. 324p.

GAEDTKE, K. M, Grisotti M. Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. **Rev. Pol. e Soc**. 2011; 10(19):115-137.

LANDERDHAL, M. C. et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 2007.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep. 1993.

OLIVEIRA, M.S. Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde Brasil. p. 123-140. In Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 48 **Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios em. Brasília: Ministério da Saúde.** 2006. 414 p.

PADAVINI, R.L.; et al. Conselho Municipal de Saúde: análise de uma trajetória histórica. **Saúde em Debate**; 29(69): 55-63. 2005.

SALIBA, A. S. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. “Controle social em saúde e cidadania”. **Serviço Social e Sociedade** n° 74, ano XXIV, julho. Ed. Cortez. 2003

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle Social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**; 8(4): 366-378. 1992.

STOTZ, E.N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, 13(2): 5-19. 2004.

STRALEN, C.J.V et al. Conselhos de Saúde: efetividade do Controle Social em Municípios de Goiás e de Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 621-632. 2006.

VASCONCELOS, Eymard M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In **Anais do Seminário Saúde e democracia: participação política e institucionalidade democrática**. Rio de Janeiro: CEBES. 2008.

WENDHAUSEN, A. Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde. In: KLEBA, M.E. ; HASS, M. (orgs.) **Dossiê gestões públicas democráticas e experimentos participativos**. Chapecó: Argos, 2005.

_____. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI; 2002.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; RODRIGUES, Ivia. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no Conselho. **Ciência, Cuidado e Saúde, Brasil**, v. 5, n.2, p. 166-174, mai/ago., 2006.