

PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE PÚBLICA EM PIMENTA BUENO – RONDÔNIA BRASIL

Resultado de pesquisa de mestrado finalizada

GT19: Saúde e segurança social. Transformações sociais e impactos na população

Cleberon Eller Loose¹
Daniete Fernandes Rocha²
Josenildo Souza e Silva³
Eliane Silva Leite⁴
Clodoaldo Oliveira Freitas⁵

Resumo

A Constituição Federal de 1988 garante a participação social como diretriz para criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os mecanismos de participação são as conferências e conselhos de saúde, em todos os níveis da administração pública, permitindo que a população interferira na gestão do SUS. Como o conselho municipal de saúde (CMS) participou da gestão e aplicação dos recursos destinados à saúde pública em Pimenta Bueno – RO, de 2009 a 2011, é o objetivo deste trabalho. Os dados foram coletados com questionário, entrevista e consulta documental. Mesmo estando previstas em lei as atribuições do CMS, como órgão consultivo, deliberativo e fiscalizador, verificou-se que sua atuação ficou limitada a validar o que foi realizado pelo gestor.

Palavras chave: Controle. Social. SUS.

1. Introdução

O atual sistema nacional de saúde surgiu no âmbito da Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido regulamentado no início dos anos 1990, por meio das leis 8.080/90 e 8.142/90. O texto constitucional, no que diz respeito à saúde, altera o padrão de assistência à saúde no país, ao garantir o acesso universal, igualitário e gratuito a esse serviço, em uma perspectiva de direito de cidadania. Na regulamentação do texto constitucional, a lei 8.080/90 teve alguns artigos vetados, entre os quais se destacam os relativos à participação social por meio das conferências e dos conselhos e à transferência de recursos para estados e municípios. Esses dispositivos constitucionais seriam posteriormente contemplados na lei 8.142/90.

¹ Mestre em Administração. Professor Assistente do curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Rondônia – UNIR/Brasil. cleberonloose@unir.br Fone: (55) 69-84051548

² Doutora em Sociologia. Professora Adjunta do Mestrado em Administração da Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais – FEAD/Brasil. daniet@terra.com.br Fone: (55) 31-32813781

³ Doutorando em Agroecologia. Professor Assistente do curso de Engenharia de Pesca da Universidade Federal de Rondônia – UNIR/Brasil. josenildoaxe@gmail.com Fone: (81) 97800820

⁴ Doutoranda em Física. Professora Assistente do curso de Engenharia de Pesca da Universidade Federal de Rondônia – UNIR/Brasil. esilva2308@gmail.com Fone: (55) 69- 8140-4426

⁵ Mestre em Administração. Professor Assistente do curso de Engenharia de Pesca da Universidade Federal de Rondônia – UNIR/Brasil. clodoaldo2006@ig.com.br Fone: (55) 69-99604645

Nos anos 1980, o processo de redemocratização do país e a crise do sistema de saúde então vigente convergem no sentido de propiciarem uma ampliação do espaço para o movimento sanitarista, movimento por uma reforma sanitária que, desde os anos 1970, guiava-se pela proposta de um novo modelo de política de saúde para o país, em uma perspectiva de um sistema público de saúde.

Menicucci (2007) destaca, como aspectos fundamentais do texto constitucional aprovado em 1988, as seguintes características do novo modelo de política de saúde: “a adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica; o estabelecimento da saúde como direito social universal; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; e a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade.” (Menicucci, 2007, p.193).

As leis 8.080/90 e 8.142/90 trouxeram as diretrizes de implementação do SUS, dentre as quais estão previstas a descentralização do sistema de saúde, passando a gestão e implementação dos serviços de saúde a ser de responsabilidade da União, Estados e Municípios, e a participação popular no controle e gestão das ações de saúde pública, por meio dos Conselhos de Saúde (Conh & Elias, 2003).

De acordo com Silva, Hartz, Chaves, Silva, & Paim (2007), o processo de descentralização gerencial e executiva da saúde constitui o centro da reforma sanitária desenvolvida no Brasil nos últimos anos, mas ela enfrenta dificuldades decorrentes da falta de experiência no gerenciamento profissional de recursos. Isso leva à necessidade de maior flexibilidade e autonomia na gestão financeira das secretarias municipais de saúde, das unidades prestadoras de serviços, o que, por sua vez, requer a profissionalização dessa gestão. Nesta perspectiva, torna-se relevante a forma de atuação dos conselhos de saúde como participação social no controle dos recursos destinados às ações e serviços de saúde, tal como previsto no texto constitucional e regulamentado pela lei 8.142/90. Diante disso, surge uma pergunta para este estudo: como foi a participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), na gestão e aplicação dos recursos destinados à saúde pública em Pimenta Bueno – RO, de 2009 a 2011?

Assim, o objetivo de pesquisa deste trabalho, é o de verificar como o CMS participou no processo de gestão e aplicação dos recursos destinados à saúde pública no município de Pimenta Bueno – RO, de 2009 a 2011.

Para a realização deste trabalho foi feita pesquisa documental na secretaria municipal de saúde (SMS) e no CMS, bem como a aplicação de um questionário estruturado ao secretário municipal de saúde e aos conselheiros do CMS, identificados de R1 a R12 do qual constaram questões mistas, as quais procuraram obter informações de variáveis financeiras, de gênero, padrão socioeconômico e de conhecimentos relacionados ao SUS. A pesquisa contou, também, com a realização de uma entrevista com os conselheiros, identificados como: E1 a E7, sendo colocada primeira letra do segmento representado por (U - usuário, T – Trabalhador e G – gestor). Essa pesquisa – documental e por meio do questionário e da entrevista – propiciou informações que possibilitaram a análise da atuação do Conselho na gestão dos recursos direcionados à saúde pública do município.

2. Gestão e controle dos Recursos

Até a década de 1970 o processo de gestão das políticas sociais, incluindo as de saúde, encontrava-se centralizado no Estado, esse modelo de gestão ocasionou uma enorme expansão do aparato burocrático na gestão dessas políticas, gerando uma acentuada centralização das decisões comprometendo sua eficácia, pois a população não possuía acesso aos centros de poder para expressar os seus anseios, o que só passa a ser possível por meio da gestão descentralizada (Junqueira, 1997). De acordo com Ferreira Jr (2008) esse processo de gestão, no âmbito das políticas de saúde, pressupõe a criação de mecanismos de escuta do cidadão usuário.

O processo de descentralização é considerado como solução dos problemas sociais, pois é suposto que, por meio dele, a transferência de poder venha no âmbito de uma transformação político-administrativa, que facilita o acesso da população aos centros de poder, e que, conseqüentemente, visa atender a demanda social, pois as organizações descentralizadas podem mais facilmente articular os interesses dos excluídos, garantindo igualdade de acesso, ao mesmo tempo em que viabiliza a articulação e implementação de políticas de desenvolvimento (Junqueira, 1997).

O movimento de descentralização ganhou destaque nos países da América Latina nos anos de 1980, como meio para reestruturar o Estado e a gestão das políticas sociais, em virtude da mudança dos regimes políticos autoritários. No Brasil, a discussão foi pautada pela ótica da política, expressando a exigência de que se estabelecesse um novo contrato social entre o Estado e a sociedade civil, assim a descentralização passou pela discussão da democratização e participação (Junqueira, 1997).

De acordo com Silva *et al.* (2007), o processo de descentralização gerencial e executiva da saúde constitui o centro do processo de reforma sanitária desenvolvido no Brasil nos últimos anos, mas ela enfrenta dificuldades decorrentes da falta de experiência no gerenciamento profissional de recursos o que leva a necessidade de capacitação do gestores em nível federal, estadual e municipal (Couttolence & Zucchi, 1998).

No passado, precisamente até a década de 1970, o gerenciamento do sistema público de saúde era extremamente centralizado, isso em todas as esferas de governo. Com a descentralização, as secretarias municipais de saúde passaram a ter liberdade para gerenciar os recursos financeiros que constituem o financiamento da saúde, ficando responsável pelos resultados obtidos (Couttolenc & Zucchi, 1998; Mendes & Santos, 2000; Silva *et al.* 2007).

No processo de gestão descentralizada, a sociedade pode e deve exercer controle sobre as ações do Estado. Ferreira Jr (2008) entende que o controle social no SUS se dá por meio da participação da comunidade no seu processo de gestão, por meio de conselhos e conferências de saúde.

A participação da sociedade em conselhos permite o exercício do controle pela sociedade sobre as políticas governamentais (Presoto & Westphal, 2005).

No entanto, Junqueira (1997) afirma que no Brasil, os interesses privados ainda prevalecem sobre os coletivos, e a participação não se viabiliza, necessariamente, com a existência de organismos descentralizados e, teoricamente, próximos da população.

3. Controle Social nas Políticas de Saúde

Com a reforma sanitária iniciada na década de 1970, houve um processo de democratização nas decisões referentes às ações de saúde pública no Brasil, colocando em evidência a possibilidade de controle da sociedade sobre o Estado como uma forma de democratizá-lo, a qual é incorporada pela Constituição Federal de 1988 (Silva *et al.* 2007).

O modelo de participação social no controle sobre os gastos com saúde foi desenhado em um momento em que o país atravessava um período de oposição ao regime autoritário do governo militar, com vistas à ampla participação popular no processo de transição do autoritarismo à democracia, por meio de mobilização da sociedade, demandada pelas necessidades de habitação, saúde, saneamento e educação, movimento que foi denominado nos anos de 1970, como movimentos sociais, os quais tiveram um papel principal no processo de democratização no primeiro governo civil pós-ditadura militar (Gerschman, 2004).

De maneira que a participação social é uma nova sociabilidade política, sendo um campo em construção com múltiplas possibilidades, de organização da sociedade civil (Assis & Villa, 2003).

A participação social nas decisões do Estado permite que os usuários opinem e participem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais são beneficiários, o que passa a ser um dos princípios orientadores do SUS, previstos pela constituição de 1988 (Ferreira Jr, 2008; Presoto & Westphal, 2005).

De acordo com Cotta, Cazal, Rodrigues & Junqueira (2010), o controle social no SUS, deve acontecer por meio do Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do sistema.

Sendo assim, os Conselhos de Saúde devem representar e defender os interesses da sociedade, de forma a cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental, a qual é entendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos (Assis & Villa, 2003).

4. Resultados e análise dos dados

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa e sua análise.

4.1 Participação do Conselho Municipal de saúde do município de Pimenta Bueno-RO na aplicação dos recursos de saúde

A participação do conselho na aplicação dos recursos na saúde do município é analisada, a partir da percepção dos conselheiros e do gestor, sobre saúde, controle social, SUS e perspectivas de atuação.

No que diz respeito ao entendimento sobre saúde, a compreensão dos conselheiros foi analisada, tomando-se como base as definições da Organização Mundial de Saúde, que definiu saúde como sendo “um estado completo de bem estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças”, e a definição contemplada na Constituição de 1988, a qual definiu saúde como sendo o “resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do estado, cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde”.

Observa-se que a concepção dos conselheiros de maneira geral, são convergentes em relação a essas definições, conforme respostas a seguir:

“É o bem estar físico psicológico e social da pessoa”. (R2).

“É um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. (R9).

“É o direito de todos, dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doenças e outros agravos. [...] estado de equilíbrio, fisiológico, psicológico, social e econômico.” (R5, R6 e R11).

“É o bem estar social, econômico, psicológico, cultural e educacional da criatura humana”. (R8).

“Estado de equilíbrio do aspecto físico, psíquico e espiritual, gerando capacidade e vontade para o trabalho, lazer e convívio em sociedade”. (R12).

A concepção do conselheiro em relação ao que é saúde é importante para a efetividade do controle social sobre as ações da secretaria de saúde, uma vez que sua concepção vai influenciar as discussões e tomadas de decisões em relação ao que é proposto pela secretaria para ser votado pelo conselho (Ferreira JR, 2008).

De acordo com Cotta *et al.* (2010), o controle social pode ser definido como conquista da sociedade civil, devendo ser entendido como um instrumento de expressão da democracia, com a participação da sociedade. Esse entendimento pode ser verificado na resposta da maioria dos Conselheiros (58,33%), conforme descrição a seguir:

“É a comunidade participando diretamente das ações da Administração Pública no que diz respeito à Sociedade (fiscalizando e intervindo quando necessário)”. (R5).

“Participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado, democraticamente”. (R6).

“Sociedade fiscalizando junto à administração de secretarias e órgãos”. (R7).

“É a participação da sociedade civil organizada na gestão da aplicação dos recursos públicos”. (R8 e R9).

“É a participação da sociedade de forma deliberativa e fiscalizadora nas ações dos gestores públicos”. (R2).

“Instâncias/pessoas que não estão no poder administrativo/executivo com poder para fiscalizar e mudar decisões, ou melhor, participar das decisões”. (R12).

No que se refere ao entendimento dos conselheiros sobre o SUS, são apresentadas respostas que demonstram a visão de que é um sistema de saúde para atender todos os cidadãos de forma igualitária e gratuita, com prestação de serviços completos de saúde, porém não funcionando como deveria:

“É um dos melhores planos de saúde do Brasil, só que isso não vem acontecendo”. (R3).

“SUS é um sistema único de saúde que a própria sociedade apontou como um novo modelo de assistência à saúde”. (R4).

“Direito igual a todos de atendimento a saúde”. (R5).

“Que todos têm direito a saúde”. (R7).

“[...] O melhor sistema que pode existir, se bem conduzido partindo do princípio de equidade”. (R8).

“Sistema único de saúde, e é destinado a todos os cidadãos, SUS é um dos maiores sistema público de saúde do mundo. O SUS abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos”. (R9).

“Saúde do governo federal para todos os brasileiros”. (R10).

“É a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde pública [...]” (R11).

“Modelo de assistência da saúde à população geral”. (R12).

“A referência em saúde para a grande maioria da população brasileira”. (R2).

Fica evidente que os conselheiros entendem o SUS como um sistema que deve possibilitar atendimento a todos os cidadãos, com acesso gratuito e direto aos serviços de saúde, como um direito coletivo, onde o governo é responsável por proporcionar atendimento universal e igualitário a todos. Segundo Liporoni (2006), um sistema de saúde com essas características é o que a sociedade brasileira necessita para ter sua demanda por serviços de saúde atendida de maneira satisfatória.

Em relação à percepção dos conselheiros a respeito de sua própria atuação no CMS, a grande maioria (91,67%) 11 (onze) apresentou como principal fator de facilitação para sua atuação, o processo democrático nas discussões nas reuniões. De acordo com Santos Jr (2011), esse é o processo pelo qual a sociedade é inserida nos debates públicos, no final do século XX.

Como fator de dificuldade para sua atuação, o principal problema apresentado pelos conselheiros foi uma baixa resolutividade do CMS de Pimenta Bueno. Aludimos, aqui, à afirmação de Liporoni (2006), segundo quem, apesar dos conselhos de saúde serem espaços de participação direta e efetiva, de mobilização e organização da luta contra-hegemônica, neste espaço quem muitas vezes determina o direcionamento é o Estado. Em relação à forma de atuação junto ao CMS, a maioria dos Conselheiros, 08 (oito) deles (66,67%), entende que participa de forma ativa nas reuniões. Dos

“Através de pauta para discussão e deliberação nas reuniões do CMS”. (R12)”
 “Pautando-as e levando-as para serem discutidas nas reuniões do conselho”
 (R9).

Dois dos conselheiros não responderam à questão, e apenas 01 (um) dos conselheiros apresentou uma resposta que mostra uma organização das demandas da comunidade, evidenciando como elas surgem, para serem discutidas nas reuniões do conselho, conforme se apresenta a seguir:

“Ouvindo usuários, anotando depoimentos, levando em pauta para ser discutido nas reuniões do Conselho” (R5).

Conclui-se que é importante que haja capacitação dos conselheiros, pois é a participação da sociedade por meio de conselhos que proporciona à sociedade civil o exercício do controle social sobre as políticas governamentais, na formulação de diretrizes, com o estabelecimento de ações prioritárias no direcionamento dos recursos disponíveis para a saúde (Presoto & Westphal, 2005).

Mesmo havendo entendimento amplo por parte dos conselheiros sobre controle e participação social, isso não está ocorrendo nas decisões relacionadas aos gastos com saúde pública no município, conforme apresentado a seguir:

“As coisas ocorrem de maneira inversa, ou seja, o gestor executa e depois consulta”. (E1 - U).

“Não participam, pois não são ouvidos. As decisões são tomadas e depois são trazidas à plenária apenas para serem aprovadas. Tudo de acordo com interesse do gestor, é como se assinássemos um cheque em branco o qual seremos responsáveis por cobri-lo depois. A sociedade não é ouvida, as pautas são de interesse do gestor”. (E2 - U).

“Não existe, só chega pronto para ser validado” (E3 – U).

“É ruim a participação nas discussões por falta de conhecimento. A participação do usuário deixa muito a desejar, o usuário de maneira geral é muito omissivo e o representante do gestor é omissivo por medo. O representante do trabalhador de maneira geral está mais envolvido em discussões de cunho sindical” (E4 - G).

“Não há uma participação efetiva, principalmente por falta de conhecimento. Geralmente aprova o que foi realizado pelo gestor. Existe discussão técnica, os questionamentos que ocorrem são feitos pelos representantes do próprio gestor”. (E5 - G).

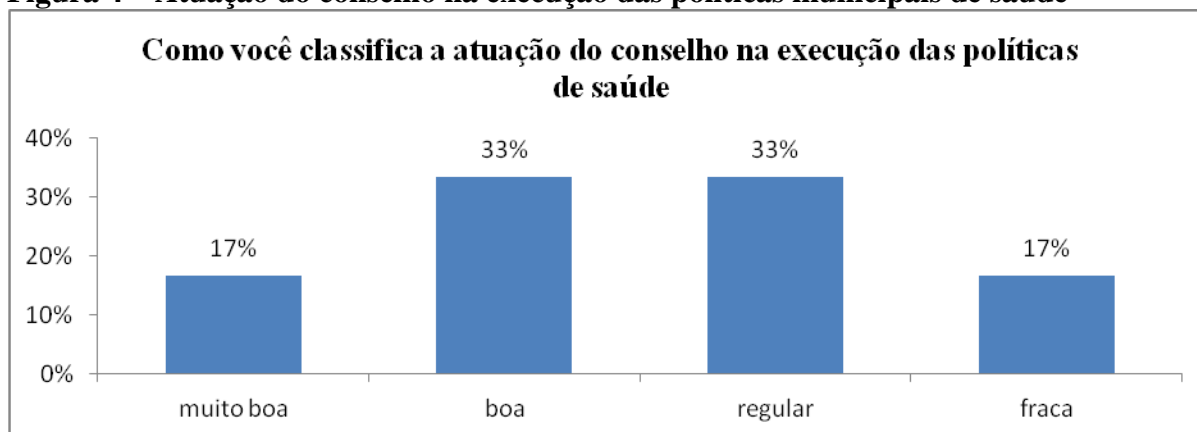
“Nem sempre a sociedade participa, são colocadas em pauta as questões que o gestor traz para ser votada” (E6 - T).

Fica evidente que a participação da sociedade por meio do conselho nas decisões relacionadas aos gastos com saúde em Pimenta Bueno não está ocorrendo, ou seja, não existe participação social nas decisões sobre as políticas de saúde nesta localidade. Esta conclusão remete ao trabalho de Presoto & Westphal (2005), sobre a participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertiooga – SP, no qual os autores chegaram à conclusão de que se faz necessário desburocratizar o aparelho público na formulação de políticas públicas, como maneira de construir uma nova realidade.

4.3 Percepção dos conselheiros: perspectivas de atuação do conselho

A atuação do CMS na execução das políticas de saúde implementadas no município é classificada pelos conselheiros, da seguinte forma: 17% classifica como muito boa, 33% classifica como boa, 33% classifica como regular, e 17% classifica como sendo fraca a participação do conselho, conforme apresentado na figura 4.

Figura 4 – Atuação do conselho na execução das políticas municipais de saúde

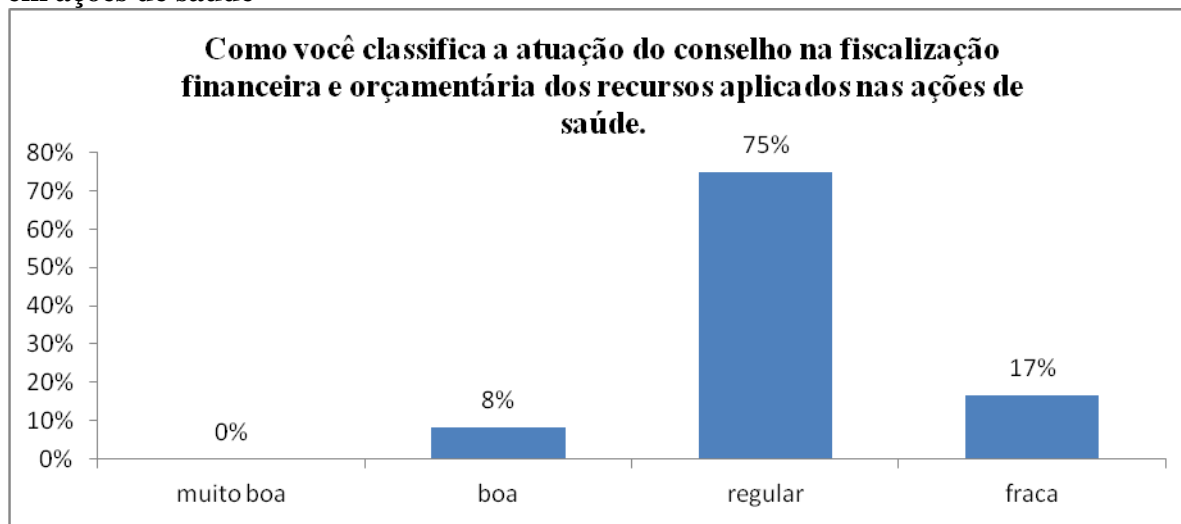


Fonte: Dados da pesquisa

Essa percepção mostra que o CMS têm participado da execução das políticas de saúde implementadas no município de Pimenta Bueno.

No que se refere à atuação do CMS na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações municipais de saúde, esta é classificada pelos conselheiros da seguinte forma: 8% classificam como muito boa, 75% classificam como regular e 17% classificam como fraca, conforme é apresentado na figura 5.

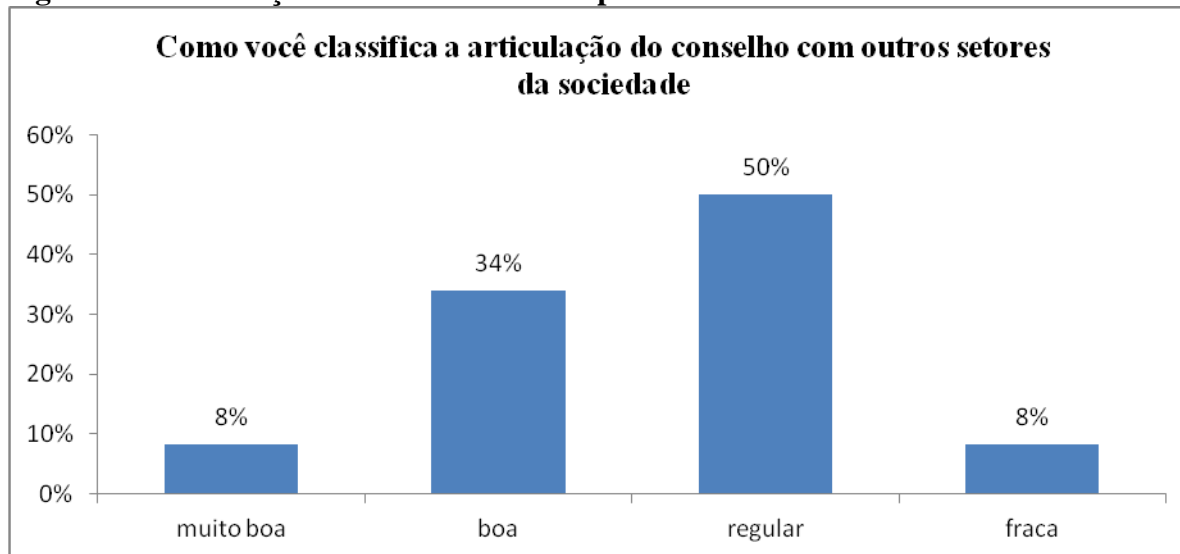
Figura 5 – Atuação do Conselho na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados em ações de saúde



Fonte: Dados da pesquisa

Esses resultados deixam claro que a participação do conselho na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados na saúde não acontece como deveria ocorrer. No que se refere à articulação do Conselho Municipal de Saúde com outros setores da sociedade (Secretaria Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, Movimentos Populares e demais Conselhos), esta é classificada pelos conselheiros da seguinte forma: 8% classifica como muito boa, 34% classifica essa articulação como boa, 50% a classifica como regular e 8% classificam como sendo fraca, de acordo com o que é apresentado na figura 6.

Figura 6 – Articulação do Conselho Municipal de Saúde com outros setores da sociedade



Fonte: Dados da pesquisa

A articulação do CMS com a sociedade e o governo é indispensável para que haja gestão participativa. Diante da percepção apresentada pelos conselheiros (onde 8% classifica essa articulação como muito boa, 34% como boa e 50% classifica a articulação do CMS com outros setores da sociedade como no mínimo regular) fica evidente que a participação social nas decisões relacionadas aos gastos com saúde por meio do conselho deveria estar ocorrendo. Porém não basta haver articulação com os vários setores da sociedade, mas sim participação ativa do conselho nas decisões relacionadas às políticas municipais de saúde. Ou seja, a natureza dessa articulação torna-se relevante.

4.4 Percepção do Gestor

Em relação ao que é saúde, o gestor entende que são serviços prestados pelo estado à população, independentemente de qualquer esforço por parte deste, conforme apresentado a seguir:

“Um serviço para a população, independente de qualquer esforço ou classe social o qual deve ser fornecido pelo Estado”.

Tal entendimento sobre o que é saúde difere muito das definições de saúde apresentadas pela Organização Mundial de Saúde, a qual definiu saúde como sendo “um estado completo de bem estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças”, e da definição contemplada na Constituição Federal de 1988 que definiu saúde como sendo o “resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do estado, cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde”.

Isso mostra que o entendimento do gestor em relação ao que seja saúde, esta mais voltada para a visão administrativa do sistema de saúde pública.

No que se refere a controle social, o gestor entende que é a participação do CMS auxiliando-o em suas tomadas de decisão, conforme verbalização apresentada a seguir:

“É a ajuda que o Conselho de Saúde oferece ao gestor nas tomadas de decisões”.

Esse entendimento esta de acordo com o que é previsto na legislação sobre a participação da população na gestão da saúde por meio do CMS (Lei nº 8.142/90).

Em relação ao SUS, o gestor entende que é um sistema unificado que presta serviços de saúde a todos os cidadãos independentemente da sua localidade de residência. Porém salienta que esse sistema de atendimento atrapalha o planejamento SMS em virtude de atender pessoas de outras localidades, conforme verbalização a seguir:

“Esse sistema de saúde por ser único atrapalha o planejamento da secretaria de saúde do município, falta à contabilização dos atendimentos para outros municípios, ou seja, gasta-se atendendo pessoas de localidades onde o município não recebe recurso”.

Na verdade, essa forma de identificação salientada pelo gestor, já existe desde o final da década de 1990, por meio do Cartão do SUS, o qual por meio de um sistema informatizado possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS, ao usuário, ao profissional e à unidade de saúde responsável pelo atendimento, constituindo-se em uma das formas estratégicas para articular a execução de atendimento de forma descentralizada (Magalhães, 2010).

Dentre as principais dificuldades para sua atuação, o gestor apontou a burocracia envolvida nos processos; recursos insuficientes; baixa capacidade resolutive da rede de serviços; interferência do CMS e interferência política na execução das atividades da SMS.

Em relação à atuação do CMS na execução das políticas de saúde implementadas no município o gestor afirma que é fraca, divergindo da concepção dos próprios conselheiros, que foi apresentado na figura 4.

No que se refere à participação do CMS na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações de saúde do município, o gestor afirma que é fraca, ressaltando que o conselho não possui capacidade técnica suficiente para desempenhar essa função, confirmando o que foi apresentado pelos conselheiros na figura 5.

Tal fato também pode ser constatado ao ser feita a leitura das atas das reuniões do CMS dos últimos três anos, mostrando que, nas pautas, não são abordados assuntos relacionados a decisões de políticas de saúde implementadas no município, ou sobre fiscalização financeira junto à secretaria de saúde do município.

De acordo com respostas dos conselheiros extraídas das entrevistas fica claro que o CMS de Pimenta Bueno apenas valida o que já foi definido pelo gestor, conforme apresentado a seguir:

“Participa das decisões em relação ao que vai ser feito, porém nem sempre é ouvido”. (E4 - G).

“Na maioria só aprova o que foi feito”. (E5 - G).

“Vota o que já foi definido pelo gestor”. (E3 - U).

“Imposição do que foi feito”. (E7-U).

“Praticamente só valida o que foi executado”. (E1 - U).

“O conselho vota o que já foi feito. Há debate em relação ao que foi feito, caso

não haja esclarecimentos suficientes, o gestor refaz a documentação, relatórios melhor esclarecido e volta à plenária”. (E6 - T).

Para Liporoni (2006 p. 37), o conselho de saúde geralmente não decide quais políticas e ações serão executadas pela SMS, mas pode decidir se correspondem ou não ao interesse público. Ressalta que a formação de conselho é requisito para que o município receba recursos do governo federal para financiamento da saúde

A análise dos dados mostra que o CMS não participou do processo de aplicação dos recursos gastos pela SMS no período de 2009 a 2011. No entanto na figura 4 foi apresentado pelos conselheiros entendimento de que participam da execução das políticas de saúde implementadas no município. Porém não foi possível identificar qual foi a participação do Conselho nesse processo.

5. Considerações finais

O CMS de Pimenta Bueno não tem participado das decisões relacionadas às políticas de saúde implementadas no município, ou conseguido fiscalizar os gastos com essas ações, funcionando, na maioria das vezes, apenas como validador das ações executadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Desta forma, pode-se afirmar que o processo de gestão e participação social nos gastos com saúde em Pimenta Bueno é um desafio coletivo, envolvendo o governo municipal, o CMS e a sociedade de maneira geral para a construção de uma agenda conjunta que possibilite a condução transparente das ações da SMS, facilitando a participação da sociedade nas decisões relacionadas aos gastos com saúde pública, facilitando o controle e a fiscalização dos recursos aplicados, permitindo também a correção das decisões, e a avaliação dos resultados da gestão municipal.

Sendo assim, faz-se necessário que o município desenvolva estratégias a fim de possibilitar os meios necessários para o fortalecimento e funcionamento do CMS. Dentre as estratégias necessárias estão a criação de um espaço próprio para sua instalação e realização de reuniões, recursos humanos para dar suporte às suas ações, dotação orçamentária própria para custear suas atividades, e acima de qualquer uma destas, apresenta-se a necessidade de capacitação dos conselheiros a fim de desenvolver o potencial e capacidade existente em cada um, considerando os diferentes segmentos sociais representados por eles.

6. Referências

Assis, M. M .A & Villa, T. C. S. (2003). O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-americana de Enfermagem* maio-junho; 11(3):376-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2012.

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

_____. Lei nº 8.080/90. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 ago. 2011.

_____. Lei nº 8.142/90. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 21 ago. 2011.

CARTA DE OTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada na cidade de Ottawa, Canadá em 1986. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

Cohn, A. & Elias, P. E. (2003). Saúde no Brasil, políticas e organização de serviços (5ª. Ed.) São Paulo, SP: Cortez.

Couttolenc, B. F. & Zucchi, P. (1998) Gestão de Recursos Financeiros, Volume 10. São Paulo, SP, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Cotta, R. M. M., Cazal, M. M.; Rodrigues, J. F. C., G. K. O.; Junqueira, T. S. (2010). Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 853-872,. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 06 fev. 2012.

Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. Saúde e Sociedade 6(2): 31-46,. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

Ferreira Jr, O. (2008). Controle social: construindo a gestão participativa do sistema único de saúde no município de Cacoal – RO. Dissertação de mestrado em ciências da saúde – Universidade de Brasília, Brasília Distrito Federal, Brasil. Disponível em:<http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/4595/1/2008_OlintoFerreiraJunior.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov-dez,. Disponível em:<www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/26.pdf>. Acesso em 25 jan. 2012.

Liporoni, A. A. R. C. (2006). O Conselho Municipal de Saúde de Franca: estudo sobre a participação e o controle social. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: <[ww.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139)>. Acesso em: 22 mai. 2012.

Magalhães, M. A. (2010). Desafios da Gestão de uma Base de Dados de Identificação Unívoca de Indivíduos: a experiência do Projeto Cartão Nacional de Saúde no SUS. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2336/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Magalh%C3%A3es_Marcelo_de_Araujo.pdf>. Acesso em 18 ago. 2012.

Menicucci, T. M. G. (2007). Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mendes, Á. N. & Santos, S. B. S. (2000). Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. Saúde e Sociedade 9(1/2): 111 – 125. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/09.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2011.

Presoto, L. H. & Westphal, M. F. (2005). A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertiooga – SP. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 14, n. 1. p. 68-77.

Santos Jr, D. P. (2011). Gestão participativa e a reestruturação da municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011. Dissertação de mestrado apresentado a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em <www.teses.usp.br/...11102011.../dissertacao_dorival>. Acesso em 23 mai. 2012.

Silva, M. V., Hartz, Z. M. A., Chaves, S. C. L. C., Silva, G. A. P. & Paim, J. S. (2007). Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 20 ago. 2011.

Wendhausen, Á. & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1621-1628, nov-dez. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13258.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2012.