

A EFETIVIDADE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTANA DO LIVRAMENTO, RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS LEIS N.º 8.080/1990 E 8.142/1990\*

*THE EFFECTIVENESS OF THE CITY COUNCIL OF HEALTH OF SANTANA DO LIVRAMENTO, RIO GRANDE DO SUL: AN ANALYSIS FROM THE LAWS NUMBERS 8.080/1990 AND 8.142/1990*

PATSY CARVALHO<sup>1</sup>, ALESSANDRA TROIAN<sup>2</sup> E JEFERSON LUIS LOPES GOULARTE<sup>3</sup>

Recebido em: 23/05/2016

Aceito em: 04/10/2016

**RESUMO**

O presente estudo objetiva analisar a efetividade do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santana do Livramento, Rio Grande do Sul, em relação às Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, que regem o Conselho. Para isso, este estudo, caracterizado como qualitativo, adotou como técnicas de coleta de dados pesquisa documental (que consistiu na análise da legislação municipal do CMS), entrevista (a partir de roteiros semiestruturados foram entrevistados oito conselheiros titulares dos segmentos de usuário, trabalhador da saúde, prestador de serviço e governo, que compõem obrigatoriamente a plenária, sorteados aleatoriamente) e observação não participante (que ocorreu nas reuniões do Conselho). Na apreciação de dados, utilizou-se uma técnica que se aproxima da análise de conteúdo. Como resultado, percebeu-se que o CMS não é efetivo, tendo em vista a dificuldade do órgão em cumprir a legislação federal vigente quanto à composição, à paridade e ao tempo de atuação dos conselheiros. Também se identificou que o conhecimento dos conselheiros sobre as competências do Conselho é insuficiente, uma vez que acreditam que suas funções se limitam à fiscalização apenas, sem incluir a proposição e o acompanhamento de políticas públicas.

**Palavras-chave:** Conselho de saúde; Efetividade; Legislação do SUS.

**ABSTRACT**

*This study aims to analyze the effectiveness of the City Health Council (CMS) of Santana do Livramento, Rio Grande do Sul, with regard to Law. n.º 8.080/1990 and n.º 8.142/1990, that govern the Council. Therefore, this study characterized as qualitative, adopted as desk research data collection techniques (which consisted of the analysis of CMS municipal law), interview (from semi-structured scripts were interviewed eight sitting members of user segments, worker health, service provider and government, which must make up the plenary, randomly selected) and non-participant observation (which took place at Council meetings). In assessing the data, we used a technique that approaches the content analysis. As a result, it was realized that CMS is not effective, in view of the council's difficulty in complying with the applicable federal law regarding the composition, parity and time of performance of the directors. We also found that the knowledge of the directors on the powers of the Council is insufficient, since they believe that their functions are limited to monitoring only, without including the proposition and the monitoring of public policies.*

**Keywords:** Council of Health; Effectiveness; Legislation of SUS.

\*A presente pesquisa é resultado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da primeira autora, defendido em dezembro de 2015, visando ao título de Tecnóloga em Gestão Pública.

<sup>1</sup> Tecnóloga em Gestão Pública pela Universidade Federal do Pampa. E-mail: patsycarvalho@hotmail.com

<sup>2</sup> Docente Adjunta na Universidade Federal do Pampa, campus Santana do Livramento. Doutora em Desenvolvimento Rural (UFRGS); Mestre em Extensão Rural (UFSC), Bacharel em Desenvolvimento Rural e Gestão Agroindustrial (UERGS). E-mail:alessandratroian@unipampa.edu.br

<sup>3</sup> Bacharel em Ciências Contábeis; Mestre em Integración y Cooperación Internacional; Doutor em Ciências de la Educación. E-mail: jefersongoularte@unipampa.edu.br

## 1 Introdução

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi considerada um momento histórico na democratização da saúde no Brasil. Nessa ocasião, a participação popular foi determinante para a reforma sanitária, gerando expectativas para um novo modelo de saúde. Desde então, a participação popular tem progredido, sendo fundamental para assegurar a descentralização e municipalização da saúde.

Em 1990, foi criada a Lei n.º 8.142, que prevê a constituição dos Conselhos Federal, Estaduais e Municipais de Saúde e a realização de conferências nessas três esferas. Com isso, a participação dos usuários conquista espaço no controle e na avaliação das políticas e ações de saúde.

Nesse contexto, é oportuno observar o processo histórico dos diversos fatores que influenciaram a transformação da saúde e que concretizaram o controle social e democrático, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988. Assim, verificando as práticas que se consolidaram ao longo desses anos, é possível avaliar a capacidade e a limitação da condução das políticas de saúde.

Atualmente, os Conselhos Municipais de Saúde (CMSs) têm ganhado protagonismo na implementação das políticas, atuando nas estratégias e na fiscalização dessas ações em sua respectiva esfera de governo. Considerando que o CMS de Santana do Livramento, Rio Grande do Sul, exerce essas funções nos limites da competência municipal, é necessário avaliar a sua efetividade quanto à capacitação dos conselheiros e ao atendimento das disposições legais delimitadoras de suas competências e atribuições. A partir dessa análise, é possível compreender melhor a situação e os rumos da saúde pública do município em questão.

Sabe-se que no Brasil há cerca de 100 mil conselheiros atuantes (STRALEN et al., 2006), informação a partir da qual surgem diversas indaga-

ções: qual é o efetivo poder deliberativo dos conselhos? De que forma este se expressa na prática cotidiana dos serviços de saúde? Os conselhos poderão efetivamente contribuir para a reestruturação da atenção à saúde?

Ademais, neste estudo, pretende-se investigar a atuação do CMS de Santana do Livramento a partir das leis federais da saúde e de controle social vigente. Considerando que a saúde no Brasil é realizada na forma do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema integrado de diversos entes e instituições, compreender a legislação aplicável também é necessário para a avaliação da efetividade do CMS do município em questão. Diante disso, espera-se avaliar a atuação do Conselho e sua efetividade com base na Lei n.º 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e na Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recurso. Acredita-se que este estudo possa contribuir nas discussões e decisões relativas, sobretudo, à condução do CMS de Santana do Livramento e dos demais CMSs.

Nesse sentido, a presente pesquisa objetiva analisar a efetividade do CMS de Santana do Livramento em relação às Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, que regem o respectivo órgão. Já os objetivos específicos são: caracterizar esse CMS; identificar suas competências e atribuições; e investigar sua atuação a partir da legislação federal e de seu regulamento vigente.

Embora já existam estudos sobre a efetividade dos Conselhos Municipais, as pesquisas que consideram as leis federais que regulam a atuação desse órgão ainda são incipientes. Além disso, a temática em questão permanece inexplorada no município de Santana do Livramento.

## **2 Gestão da saúde pública: dos Conselhos Municipais às leis federais que os regulam**

Nesta seção, discute-se o processo de criação dos Conselhos de Saúde no Brasil.

### **2.1 O processo histórico dos Conselhos de Saúde**

No Brasil, primeiramente com a determinação da Lei n.º 378 de 1937, surgiu o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, cujo debate envolvia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica gratuita, a não ser em casos especiais, como hanseníase, tuberculose e doenças mentais (BRASIL, S/D).

Posteriormente, há pouco mais de 15 anos após sua criação, com a dissolução do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado, em 1954, pelo Decreto n.º 34.347, passando a ter a atribuição de dar assistência ao Ministro de Estado na resolução das bases gerais dos programas de proteção à saúde. Mais tarde, no ano de 1962, o Decreto n.º 847 reafirmou a finalidade do Conselho, que passou a cooperar no estudo de assuntos pertinentes à pasta do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, S/D).

No ano de 1970, a atuação do CNS foi ampliada pelo Decreto n.º 67.300, momento em que a ascensão, proteção e recuperação da saúde passam a ser apreciadas nos debates das reuniões do Conselho. Na mesma época, surge um expressivo movimento de reforma sanitária, responsável por discussões como integridade, descentralização e universalização, acarretando significativas transformações na saúde pública do Brasil, a exemplo da criação de um sistema de produção e distribuição de medicamentos, ações de vigilância epidemiológicas e atividades e campanhas de vacinações em todo o país (BRASIL, S/D).

Em 1987, foi publicado o Decreto n.º 93.933, que dispõe sobre a organização e as atribuições do CNS, a fim de normatizar o Conselho e de assessorar o Ministro de Estado. O Conselho era composto de membros com perfis reconhecidos pela capacidade e comprovada experiência na área da saúde, sendo indicados pelo governo e por representantes da sociedade civil (BRASIL, S/D).

A partir da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se a participação social como necessária em algumas políticas públicas, abrindo espaço para o requerimento da partilha de poder nas diversas esferas. Alguns dos Conselhos foram concebidos a partir da regulamentação dessas políticas constitucionalmente previstas, como o Conselho de Saúde. Somente na Constituição de 1988 que a questão sobre a saúde passa a ganhar contornos específicos, estabelecendo-se a descentralização das ações e políticas de saúde e dando origem ao SUS, com o atendimento integral e universal e o controle social (ROCHA, 2009).

De acordo com Corrêa (2015), a Constituição Federal de 1988 reporta sobre as transferências das políticas públicas para os municípios. Com esta ordenação, foram permitidas novas alternativas de participação na gestão e no controle público pela sociedade. Já as disposições da Carta Magna são complementadas pelas leis orgânicas da saúde de n.º 8.080 e n.º 8.142.

Em 19 de setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 cria o SUS, considerando a maior política de inclusão social implementada no país, reproduzindo constitucionalmente o compromisso do Estado brasileiro para com a sua população (BRASIL, 2011). A Lei n.º 8.142, por sua vez, versa sobre a organização, direção e gestão do SUS e aponta as competências e atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, abordando também o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, da política de recursos

humanos, dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, S/D).

Em 28 de dezembro de 1990, foi sancionada a Lei n.º 8.142. A partir desse momento, o SUS passa a contar com a participação da população na sua gestão e também na gestão dos recursos financeiros para a saúde, por meio do Conselho de Saúde e das Conferências de Saúde. O Conselho de Saúde, de modo geral, é o instrumento de fiscalização das implementações das políticas públicas e da utilização dos recursos financeiros repassados para a saúde. Já as Conferências de Saúde, que acontecem a cada quatro anos, são espaços de que a população usufrui para se pronunciar sobre os interesses e as necessidades que observa no SUS, apontando para o governo as prioridades da saúde da sua região e elaborando, assim, os planos de saúde (BRASIL, 2011).

Ainda em 1990, os princípios constitucionais tornaram-se mais efetivos, pois, por meio do Decreto n.º 99.438 de 07 agosto de 1990, foi criado o novo CNS, que se constitui a partir dos princípios e das diretrizes do SUS, assim como mostra o Quadro 1, exposto a seguir. O referido Decreto ainda regulamenta as novas atribuições do Conselho e a participação social. Além disso, neste momento, o novo Conselho passa a dispor de caráter deliberativo, podendo analisar e deliberar questões de saúde pública (BRASIL, S/D). Importante destacar que tal norma revoga os Decretos anteriormente citados nesse referencial, tais como o n.º 847 de 1962 e n.º 93.933 de 1987, pois continham disposições contrárias a ela.

A municipalização levada a efeito pelos Conselhos de Saúde evoluiu com as Normas Operacionais Básicas

(NOBs), principalmente com a de n.º 96, que deu início a inovações fundamentais em relação ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS (NOGUEIRA; MIOTO, S/D). Conforme Stralen et al. (2006), a instauração dos Conselhos de Saúde como forma de representação no controle social é efeito das movimentações por parte dos profissionais da saúde e da sociedade civil. No entanto, em diversos municípios, essa implantação é resultado dos incentivos do Ministério da Saúde, com repasses de recursos federais. Segundo estes autores, os recursos devem ser controlados por CMSs. Como resultado, o processo criou Conselhos com diferentes seguimentos, como, por exemplo, aqueles que estão efetivamente fiscalizando os gestores do SUS e os que foram instaurados como mera formalidade. Tal cenário evidencia a disparidade dos municípios em relação à população, à oferta de serviços de saúde e ao potencial de investimento na saúde.

Os Conselhos de Saúde propagaram-se, obtendo gradativas evoluções na sua atuação e passando a buscar o cumprimento da paridade e representatividade das entidades que os compõem. Dessa forma, os Conselhos passam a assimilar o desenvolvimento de deliberações pertinentes, oportunas e efetivas. Desde então, o processo evolutivo da saúde não cessou, e as experiências no âmbito municipal avançaram. A criação de Conselhos de Saúde nas três esferas de governo foi se tornando uma realidade irreversível. Com o expressivo crescimento desses Conselhos, fortaleceu-se a participação das organizações dos vários segmentos da sociedade, auxiliando na construção do SUS (BRASIL, 2002).

Quadro 1 – Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde presentes na Lei n.º 8.080/90

DOS PRINCÍPIOS	
Universalidade	É a garantia de atenção à saúde, por parte do governo (das três esferas), a todo e qualquer cidadão.
Equidade	Refere-se à necessidade de “tratar desigualmente os desiguais”, de modo a alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência e garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.
Integralidade	Idealiza um sistema capaz de prestar assistência integral, atendendo a todas as necessidades da população. Considerando o cidadão como um todo indivisível, não é possível fracionar as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde.
DAS DIRETRIZES	
Descentralização	Implica a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível Federal para os Estados e Municípios. Isso ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada esfera de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde, com a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.
Regionalização e hierarquização	Refere-se à forma de organização das unidades de saúde e de seus serviços. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando ao comando unificado destes. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis em dada região.
Participação da comunidade	É um direito garantido por lei. Por meio de representatividade da sociedade, os Conselhos de Saúde que têm poder deliberativo, de caráter permanente, participarão do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.
Integração	Reporta-se à possibilidade de estabelecer um alinhamento de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde.

Fonte: Adaptado de Teixeira (2011).

A avaliação da efetividade dos Conselhos de Saúde e do SUS é, assim, indissociável, tendo em vista que as ações dos conselhos são imprescindíveis para o bom funcionamento do sistema de saúde. Dessa forma, as ações da saúde, fiscalizadas pelos conselhos, também devem atender aos princípios e às diretrizes do SUS. Considerando a história dos Conselhos de Saúde no Brasil, é possível fazer uma melhor análise sobre as suas funções e delimitações.

Para tanto, na seção a seguir, passa-se a abordar o CMSSL para fazer a análise em nível local.

## 2.2 O Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento

O CMS de Santana do Livramento, fundado em 29 de setembro de 1997, é composto de 24 entidades, sendo cada entidade representada por dois conselheiros, um titular e outro suplente.

Conforme o Regimento Interno desse Conselho, determinado pela Lei Municipal n.º 5.955/2011, os representantes devem ser oriundos do governo e dos prestadores de serviço (25%), dos profissionais da saúde (25%) e dos usuários (50%). Essa paridade dos segmentos é respeitada também para compor a mesa diretora e para formar a comissão permanente do Conselho.

O CMS em questão é representado por sua Mesa Diretora, composta de Presidente, Vice-Presidente e Secretários, escolhidos entre os Conselheiros Municipais de Saúde titulares em eleição direta a cada dois anos, observando a paridade prevista no artigo 4 desta Lei e não sendo permitida a reeleição (SANTANA DO LIVRAMENTO, 2011). O CMS de Santana do Livramento regula suas atribuições e atividades por meio do Regimento Interno criado em 2012, regulamentado pela Lei Federal n.º 8.142/1990 e pela Lei Municipal n.º 5.955/2011, que reformula e reorganiza o CMS e decreta em seu artigo 16, inciso II, que é competência do Conselho elaborar um Regimento Interno, com o objetivo de organizar e estabelecer as normas para o seu funcionamento (SANTANA DO LIVRAMENTO, 2011).

Conforme o artigo 13 da Lei Municipal n.º 5.955/2011, os Conselheiros reúnem-se ordinariamente, no mínimo duas vezes por mês, ou extraordinariamente, sempre que a Mesa Diretora o convocar, devendo instalar-se e deliberar por maioria absoluta (três quartos), sempre com a presença de, no mínimo, metade mais um da totalidade dos conselheiros.

O Conselho é um órgão permanente que exerce funções deliberativas, fiscalizadoras e consultivas, estando vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santana do Livramento, que é responsabilizada pelo Poder Executivo por fornecer a infraestrutura necessária ao seu funcionamento, ao seu custeio e à sua manutenção. O Conselho atua na formulação estratégica, em questões

relativas à saúde pública, devendo conhecer as necessidades da população do município, a fim de garantir ações que atendam às exigências da sociedade, assegurando, assim, a participação popular. Há a necessidade também de respeitar os assuntos debatidos nas Conferências de Saúde, assim como de seguir as diretrizes estabelecidas na Lei Federal n.º 8.080/1990. Deve, ainda, empenhar-se no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde do município e de sua gestão do SUS, com efetiva participação da sociedade (SANTANA DO LIVRAMENTO, 2012).

Conforme a Lei Municipal n.º 5.955/2011, as deliberações do Conselho ocorrem em forma de resoluções, devendo ser aprovadas por maioria absoluta, observando sempre que, para haver a votação, o número de presentes na plenária não deverá ser inferior a 13 conselheiros. Outras competências e atribuições do CMS de Santana do Livramento são fixadas de forma clara no artigo 16 da Lei Municipal n.º 5.955/2011, que tem como base a Resolução n.º 333 de 2003 do CNS, evidenciando a participação do Conselho em cada ação proposta à saúde.

A partir dessa discussão acerca do histórico de constituição dos Conselhos Municípios de Saúde e da breve apresentação do CMS de Santana do Livramento, a seguir abordam-se as leis federais que orientam o Conselho de Saúde, proporcionando, assim, uma maior disseminação de informações acerca do tema.

### 2.3 Leis federais da saúde e do controle social

O CMS, em sua atuação, precisa atentar às disposições da legislação concernentes à saúde. Atualmente, existem duas leis federais que podem ser consideradas as principais normas da saúde pública no Brasil, a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Ambas sin-

tetizam o modo como é gerido o SUS e a forma de participação da comunidade. Assim, nesta seção aborda-se cada uma delas, buscando discorrer acerca dos principais aspectos associados à saúde e ao controle social.

A Lei n.º 8.080/1990 é a norma que regula o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). Essa norma também trata sobre a forma de organização da saúde no Brasil, bem como sobre o modelo de direção e gestão das ações e dos serviços dessa natureza. Além disso, estabelece as atribuições dos entes públicos no exercício das ações de saúde. Para tanto, define os objetivos e delimita o campo de atuação do SUS, estabelecendo seus princípios e suas diretrizes (BRASIL, 1990a).

Por seu intermédio, são estabelecidas, ainda, as competências de cada ente da federação, inclusive as do município, que interessam particularmente a este estudo. Tal lei estabelece também a política de recursos humanos e a forma de planejamento, orçamento, financiamento e gestão financeira dos recursos destinados à saúde (BRASIL, 1990a).

Em seu artigo 33, prevê que “os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990a, p.14). Os critérios para repasse de recursos que estão dispostos nessa lei são:

I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a

serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990a, p. 14).

A lei estabelece, portanto, que é competência do CMS de Santana do Livramento fiscalizar os valores desembolsados pela Secretaria Municipal, bem como os demais gastos necessários ao pleno funcionamento da saúde, obedecendo também a Emenda Constitucional n.º 29, que estabeleceu limites mínimos de recursos para se investir nas ações e nos serviços públicos de saúde. A Lei n.º 8.080/1990 deixa claro que não é possível haver transferências de recursos financeiros para ações que não estejam instituídas no plano de saúde. Por essa razão, evidencia a importância do CMS em estabelecer as diretrizes a serem verificadas na elaboração do plano de saúde do município. Essa norma tem como exceção as situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Já a Lei n.º 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Essa lei criou os conselhos de saúde, inclusive os municipais, sendo, portanto, indispensável ao presente estudo. Tal norma prevê que cada esfera contará com as Conferências de Saúde e com os Conselhos de Saúde e que estes terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio (BRASIL, 1990b).

Para Correia (2004), o controle social tem o mesmo sentido do monitoramento da sociedade civil sobre as ações do Estado acerca da participação da sociedade organizada na formulação, na gestão e no controle das políticas públicas, estabelecendo, assim, os recursos para o atendimento das demandas da coletividade. De acordo com Corrêa (2015), o controle social é o mecanismo de participação na gestão governamental, podendo ocorrer por meio do orçamento e planejamento participativo e

dos Conselhos de políticas públicas, por exemplo. Esses conselhos são os meios legalmente constituídos para exercer o controle social sobre o Estado, devendo ser integrados pela União, pelo Estado ou pelo Município.

A Lei n.º 8.142/1990 estabelece que os Conselhos atuem no desenvolvimento das estratégias, na fiscalização das políticas de saúde e no controle financeiro e econômico do âmbito de governo correspondente, com a aprovação do chefe do poder legalmente constituído (BRASIL, 1990b). Essa lei estabelece, também, como serão alocados os recursos e repasses do Fundo Nacional de Saúde para os Estados e Municípios. Tais recursos servirão para custear os órgãos e as entidades ligados ao Ministério da Saúde, compreendendo os investimentos previstos na lei orçamentária e no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, e, também, para cobrir ações e serviços na saúde a serem realizados pelos Estados, pelos Municípios e pelo Distrito Federal, observando os critérios do artigo 35 da Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990b).

A Lei n.º 8.142/1990 considera como fatores determinantes para que os Municípios, os Estados e o Distrito Federal recebam os recursos do Fundo Nacional de Saúde, a presença dos seguintes elementos:

I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438/90; III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n.º 8.080/90. V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1990b, p. 2).

Tal lei deixa claro que, se os Municípios, os Estados ou o Distrito Federal não atenderem os requisitos supra-

citados, a administração dos recursos que lhes compete será desempenhada pelos Estados ou pela União (BRASIL, 1990b). Assim, o conteúdo dessas duas leis – 8.080/1990 e 8.142/1990 – é fundamental para a investigação acerca da efetividade do CMS de Santana do Livramento. Destarte, na seção seguinte, apresentam-se as noções de eficiência, eficácia e efetividade.

## 2.4 Efetividade

Primeiramente, faz-se necessária uma apresentação dos conceitos de eficácia e eficiência para compreender o conceito de efetividade. É oportuno abordar efetividade já que esta é importante desde a sistematização da execução de ações, passando pela capacitação dos servidores, até o alcance dos resultados esperados.

Segundo Castro (2006), a eficiência ocorre quando se verifica a preocupação no modo que se realiza uma atividade qualquer, não importando os fins, visando aos aspectos internos de uma organização. Para Marinho e Façanha (2001), a eficiência significa a competência para alcançar os resultados com o mínimo de recursos e esforços.

Já a eficácia, conforme Castro (2006), refere-se à preocupação em atingir os fins, apontando para aspectos externos de uma organização. De acordo com Marinho e Façanha (2001), a eficácia reflete a ação que, mesmo se submetendo a recursos controlados, propõe-se aos resultados desejados.

Os especialistas em administração pública entenderam por bem construir um terceiro conceito, mais profundo que eficiência e eficácia. Refere-se à efetividade, especialmente própria para a administração pública (CASTRO, 2006).

Ainda de acordo com Castro (2006), a efetividade no setor público avalia se as ações tomadas estão beneficiando a sociedade em geral. Dessa forma, mostra-se mais abrangente que a eficácia, visto que esta aponta se o



objetivo foi atingido, enquanto que a efetividade acusa se o objetivo oferece melhorias para a população visada.

De acordo com Saraceni e Leal (2003), a efetividade tem relação direta com os resultados das ações e atividades executadas no âmbito da saúde. Sendo assim, suas resoluções estariam relacionadas às intervenções na vida real. Para Castro (2006), uma instituição é efetiva quando seus parâmetros de decisão e suas práticas apontam para a continuidade e veracidade de seus objetivos, a fim de construir padrões confiáveis de conduta e acarretar, assim, a credibilidade para aqueles que integram a instituição e para aqueles que usufruem do serviço prestado.

Segundo Torres (2004), a efetividade

é o mais complexo dos três conceitos em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a idéia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte, haja vista que nada mais impróprio para a administração pública do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito (p. 175).

Destacadamente, é de suma importância concordar que a efetividade e a eficiência dos programas são aspectos indispensáveis para chegar aos objetivos pretendidos. Ou seja, programas sociais só serão eficazes se forem, primeiramente, efetivos e eficientes. Essa afirmação, quando adotada, gera uma agenda de ações a serem executadas, essenciais para uma avaliação positiva da efetividade (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Entretanto, entende-se que a avaliação da efetividade, conforme os conceitos expostos, constitui um meio de analisar a atuação do CMS de Santana do Livramento, pois a competência municipal no SUS é voltada aos resultados práticos das ações da saúde. Assim, com esses conceitos esclarecidos, é possível investigar a efetividade do CMS de Santana do Livramento. Para tanto, a seguir apresentam-se os passos percorridos para a realização desta pesquisa.

### 3 Metodologia

Esta pesquisa se classifica como qualitativa e descritiva. A abordagem qualitativa caracteriza-se, de acordo com Turato (2005), como aquele método que quer compreender de que modo o objeto de estudo se apresenta, e não como aquele cujos resultados finais sejam apresentados matematicamente. O pesquisador fixa seu interesse em conhecer as “qualidades” do seu objeto de investigação, estudando um fenômeno particular em profundidade e descrevendo suas características. Já a pesquisa descritiva, para Gil (2012), é aquela que se compromete a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade e suas condições.

Para fins de coleta de dados, utilizaram-se como técnicas: pesquisa documental, realizada na subseção 2.2 do referencial teórico; entrevista, efetuada a partir de roteiro semiestruturado; e observação não participante. Gil (2012) descreve a entrevista como sendo o processo em que o pesquisador se apresenta ao pesquisado e desenvolve perguntas, com o objetivo de elencar dados relevantes para a pesquisa. Com relação à entrevista semiestruturada, Trivinos (1987, p. 152) menciona que ela “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade”.

O espaço empírico do presente estudo é o CMS de Santana do Livramento, onde se realizaram entrevistas

com conselheiros de todos os segmentos que são expressos em lei, seguindo a paridade. Foram sorteados aleatoriamente conselheiros titulares, elegendose: quatro do segmento de usuários, dois do segmento de trabalhadores da saúde, um do segmento do governo e um do segmento de prestador de serviço. O roteiro foi elaborado a partir de uma adaptação de Tillmann (2012). Aos entrevistados foram explicados os objetivos da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter as respostas para os questionamentos realizados.

Os participantes foram, então, convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a assinatura deste, iniciaram-se as entrevistas, as quais foram gravadas mediante autorização. As entrevistas aconteceram no mês de novembro de 2015, sendo realizadas em distintos locais: na residência, no trabalho e no próprio Conselho, tendo uma duração média de vinte minutos.

Por fim, também como técnica de coleta de dados, foi utilizada a observação não participante. Na observação não participante, o investigador deve condicionar-se à posição de observador e de expectador, evitando envolver-se com o objeto da análise. De acordo com Cervo, Bervian e Silva (2007), a observação deve ser precisa, atenta, sucessiva, metódica, exata e completa. A observação não participante na presente pesquisa ocorreu mediante a presença nas reuniões ordinárias do CMS, no período de maio a outubro de 2015.

Para a análise de dados, foi utilizada uma técnica que se aproxima da análise de conteúdo. De acordo com Gil (2012), essa análise tem como objetivo ordenar e sintetizar os dados de tal forma que proporcione fornecimento de respostas ao problema de pesquisa. A análise de conteúdo (das falas dos entrevistados) no presente estudo consistiu no recorte e na seleção de partes mais relevantes e esclarecedoras para os objetivos da pesquisa. Para a análise dos resultados, foram con-

frontados os dados primários da pesquisa com as seguintes categorias, estabelecidas a partir das respostas dos conselheiros entrevistados: conhecimento das pautas da plenária; frequência de participação nas plenárias; troca de informações com outras pessoas; competências e atribuições do conselho; fonte de financiamento de saúde; e participação dos conselheiros. Por fim, salienta-se que o objetivo específico, caracterização do CMS de Santana do Livramento, foi realizado na subseção 2.2 do referencial teórico.

#### **4 A efetividade do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento: análise a partir da perspectiva dos conselheiros**

Nesta seção, são apresentados os dados coletados com os conselheiros municipais de saúde de Santana do Livramento. Apresentam-se, ainda, as categorias e a análise do que se destacou nas entrevistas realizadas.

A composição do Conselho, de acordo com o artigo 4 da Lei Municipal n.º 5.955/2011, é de 24 conselheiros – cada conselheiro titular possui um suplente. Atualmente, o Conselho Municipal de Santana do Livramento é composto de 21 membros titulares e 19 suplentes. Já a representação das entidades, conforme o artigo 4 da mesma lei, deve ser de 50% do segmento dos usuários; 25% do segmento de prestadores de serviço do SUS e poder público; e 25% do segmento de trabalhadores em saúde. Porém, a representação atual é de: 57,14% dos usuários, 19,05% dos trabalhadores da saúde e 23,81% dos prestadores de serviço e governo.

Embora o CMS de Santana do Livramento não esteja seguindo a paridade legal, o segmento dos usuários ocupa o percentual maior que os demais segmentos, oportunizando maior participação da comunidade dentro do Conselho. Contudo, o maior número de usuários em detrimento dos prestadores de serviço e do governo pode desenca-

dear um baixo nível de participação e uma falta de conhecimento especializado na tomada de decisão.

Com relação ao perfil dos entrevistados, verifica-se que, dos oito entrevistados, três são do sexo masculino e cinco são do sexo feminino; quatro possuem ensino médio completo, duas possuem ensino superior completo, uma possui pós-graduação e um possui ensino superior incompleto. O tempo de atuação dos entrevistados no Conselho é variado, visto que um atua há quatro meses, um atua há um ano e meio, um atua há dois anos, dois atuam há seis anos, um atua há oito anos e um atua há dez anos. O tempo de atuação no Conselho revela que mais da metade dos conselheiros entrevistados está há mais de um mandato, que é de dois anos, podendo haver uma recondução, conforme Lei Municipal n.º 5.955/2011, artigo 5. Esse fato comprova que o CMS de Santana do Livramento não está seguindo a lei que o rege de forma direta e também pode estar manifestando que a sociedade em geral tem dificuldade de participar das decisões referentes às políticas de saúde. Tal situação pode ainda estar impedindo o surgimento de novos atores sociais que poderiam elevar o desempenho deste Conselho.

Quando questionados sobre como os conselheiros ficam sabendo das pautas que são discutidas na plenária, sete dos entrevistados responderam que são enviadas notificações para todos, via *e-mail*. Apenas um entrevistado disse que não recebia nada, tendo conhecimento do que seria debatido somente na hora da reunião, justificando que ele participa há apenas quatro meses do Conselho e, por falta de comunicação, ainda não havia recebido *e-mail*.

Contudo, é importante que os conselheiros tenham conhecimento com antecedência do que será tratado em cada reunião, para que possam debater por meio de fundamentações coerentes e de opiniões particularmente formadas. Segundo Stralen et al. (2006), dentre os

vários assuntos que são discutidos nas plenárias, destacam-se os planos municipais de saúde, os projetos e programas de saúde, a análise e aprovação dos relatórios de gestão e a ordenação das conferências municipais de saúde.

Percebe-se que, embora um conselheiro ainda não tenha conhecimento prévio do que será discutido nas reuniões, por motivo justificado pelo entrevistado, de acordo com os dados coletados, o CMS de Santana do Livramento está executando essa atividade com tempo hábil para que os conselheiros possam comparecer às reuniões já cientes dos assuntos que serão tratados e, assim, possam contribuir com as discussões.

A participação dos conselheiros nas plenárias é relevante para o funcionamento efetivo do Conselho, pois, para poder discutir os planos de trabalho levados ao Conselho e formalizar as deliberações, é necessário obter *quórum*, isto é, contar com a presença de no mínimo treze conselheiros, de acordo com a Lei Municipal n.º 5.955/2011. Entre os oito entrevistados, seis afirmaram ir a todas as reuniões realizadas pelo Conselho, um entrevistado relatou ir uma vez ao mês, por estar ocupado com outras atividades, e outro relatou não estar indo desde o mês de maio do corrente ano. De acordo com o relato de uma entrevistada, apresentado a seguir, é possível perceber que nem todos os conselheiros se fazem presentes nas reuniões do CMS de Santana do Livramento: “Nós temos em torno de 14 a 15 conselheiros que estão sempre na reunião. Eu sempre vou, se eu não vou por algum problema de viagem [...] eu sou titular, a minha suplente vai, quer dizer que nós estamos sempre presente” (entrevistado 4/usuário).

Percebeu-se, mediante a observação não participante realizada, uma evidente falta de participação de vários conselheiros nas reuniões do Conselho. A razão para isso não é clara, mas, quando questionados sobre o motivo da falta de *quórum*, alguns responderam que isso

pode ser ocasionado por falta de comprometimento do conselheiro ou, também, por falta de interesse da entidade que possui uma cadeira dentro do Conselho. Ou seja, a falta de participação é causada também por falha do próprio Conselho, que deveria ser mais seletivo no momento de analisar e indicar qual entidade deve compor o Conselho, conforme a Lei Municipal n.º 5.955/2011.

Tal fato é comprovado pela fala do conselheiro entrevistado: “eu tenho colegas ali [...] mas eu só vejo os nomes deles ali, eu nunca [...] são 24, nunca tem mais de 12 nas nossas reuniões, vai a metade, então, [é preciso] escolher mais as pessoas que tenha mais comprometimento, com a causa” (entrevistado 2/usuário). No entanto, cabe salientar que as reuniões só ocorrem quando se obtém o *quórum*. Assim, para que não seja cancelada uma reunião, a presidência entra em contato (via telefone) com algum dos conselheiros, titular ou suplente, chamando-o.

Nesse sentido, de acordo com Stralen et al. (2006, p. 623), “os Conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde [...] esta reestruturação não é apenas técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção”.

Quando questionados se os conselheiros trocam informações com outras pessoas sobre o que vai ser discutido nas plenárias, dos oito entrevistados, seis afirmam que sim, relatando que conversam entre si, como pode ser observado neste relato: “Agora nós estamos fazendo reuniões com [...] o pessoal da mesa, com a mesa diretoria, pra que a gente possa debater e ter conhecimento e de repente assim, até com outros colegas conselheiros” (entrevistada 6/trabalhadora da saúde).

Os outros dois entrevistados, que disseram não trocar informações sobre as reuniões, justificam a ação por motivos pessoais. Segundo uma conselheira entrevistada: “não, porque a gente se

reúne na hora lá, a gente não tem convívio, não tem contato com os outros conselheiros, porque são de vários segmentos” (entrevistada 1/usuária).

Diante de tais relatos, é possível verificar que, embora alguns conselheiros não se empenhem em trocar informações com a sociedade, ou seja, com os próprios colegas conselheiros, existe uma maioria que busca aprimorar seus conhecimentos por meio da troca de ideias com outras pessoas. Segundo Corrêa (2015), o diálogo é uma forma de atenuar as falhas existentes na participação da população na tomada de decisões, o que é muito importante, considerando as políticas públicas envolvidas e a natureza das atividades realizadas pelo Conselho.

Partindo para outra etapa do questionário aplicado aos oito entrevistados, é estabelecida uma análise mais específica sobre a realidade do CMS de Santana do Livramento. Nesse estágio, foram realizadas perguntas sobre as competências e atribuições do Conselho, a compreensão dos conselheiros em relação às fontes de financiamento do SUS, dentre outros aspectos evidenciados no decorrer deste estudo.

Os entrevistados foram, então, interrogados sobre as principais competências e atribuições do CMS de Santana do Livramento. Ao realizar tal questionamento, o objetivo era compreender se os conselheiros conheciam as competências do Conselho dispostas na Lei Municipal n.º 5.955/2011, tais como: examinar, discutir, elaborar, atuar, avaliar, propor, aprovar, implementar, fiscalizar e deliberar sobre assuntos pertinentes à Saúde Pública Municipal de Santana do Livramento. Percebeu-se, assim, que, para todos os entrevistados, a principal competência é fiscalizar – quatro dos conselheiros ainda buscaram explicar o modo como é feita essa fiscalização. Para dois entrevistados, outra competência é também o controle social. Outros dois afirmaram que o Conselho é propositivo e deliberativo, como se pode verificar no relato a seguir:

Geralmente são fiscalizações que fazem ou na Santa Casa, ou nos postos, atendimento ao usuário SUS [...] as reclamações que recebem são analisadas e são, e são idas no local pra ver qual é o problema, quando tem denúncia no Conselho, tem a Comissão de Investigação que vai atrás [...] nos temos várias Comissões do Conselho, essa de fiscalização, eles fiscalizam toda a área de saúde assim, de acordo com o desenvolvimento, é fiscalizada por essa Comissão. Tem a Comissão Permanente que é uma Comissão que analisa qualquer assunto que chegue assim em pauta (entrevistada 4/usuário).

Salienta-se que os oito conselheiros entrevistados não lembraram as demais competências que constam em lei. Atuar na caracterização e no controle das políticas de saúde, compreendendo as suas limitações econômicas e financeiras e propondo boas estratégias para a sua aplicação e boas técnicas de acompanhamento da gestão do SUS, é uma das funções principais do Conselho. A ausência de conhecimento dos conselheiros de todos os segmentos sobre as competências do Conselho evidencia resultado insatisfatório sobre a importância desse órgão. De acordo com Martins, Mattos e Fontes (2008), essa falta de entendimento sobre a atuação dos Conselhos não é constatada somente nos usuários do SUS, mas também em todas as categorias que compõem o CMS, devido à falta de instruções e capacitações.

Os conselheiros foram questionados, então, acerca de seus conhecimentos e sua compreensão sobre as fontes de financiamento do SUS. Caso a resposta fosse positiva, perguntava-se qual a importância do Conselho em relação aos recursos do SUS e o que o entrevistado conhecia dos critérios estabelecidos em Lei para os repasses desses recursos. Caso a resposta fosse negativa, questionavam-se quais eram as suas dúvidas em relação a esses recursos.

Para cinco entrevistados, a resposta foi afirmativa, indicando que eles tinham conhecimento sobre as fontes de financiamento do SUS. Entretanto, observou-se que eram respostas fechadas, sem o acréscimo de exemplificações ou detalhamentos sobre o que foi questionado, a exemplo do relato da quarta usuária entrevistada: “sim, mas não estou muito assim a par não, mas a gente sabe bastante coisa, do dia a dia” (entrevistada 4/usuária).

Quando questionados sobre qual a importância do Conselho em relação aos recursos do SUS, três dos conselheiros afirmaram que a importância reside em fiscalizar os recursos repassados, tanto na Secretaria Municipal de Saúde quanto no Hospital Santa Casa de Misericórdia, como mencionou uma conselheira:

Quanto tempo leva pra vim essa verba, o quanto foi aplicado, no que se foi [...] o que se comprou realmente que seja mostrado ali, que esteja em anexo, que se foi comprado, se foi uma colher, se foi [...] não importa, que seja bem sabe, seja realmente, e que a gente possa ir lá no local e ver que aquilo realmente foi comprado, que se diz que foi comprado, se está ali, pra que a comunidade de alguma forma usufrua (entrevistada 6/trabalhadora da saúde).

Um entrevistado acredita que a importância do Conselho em relação aos recursos está em debater como estes serão investidos no município: “eu acho muito importante, porque é ali que, que vai ser melhor debatido, as vezes, nem sempre [...] como vai ser investido esse recurso e se de fato vai ser investido” (entrevistado 5/trabalhador da saúde).

Outro entrevistado, por sua vez, considera o Conselho importante para aprovar os projetos, pois todos os recursos do SUS são públicos, de modo que o Conselho, enquanto executor do controle social, tem a obrigação de debater e aprovar os projetos, bem como acom-

panhar os investimentos realizados. O relato de uma conselheira expõe o que é necessário para que um projeto seja aprovado pelo Conselho: “a secretária tinha até o dia 31 do mês pra estar em Porto Alegre com o projeto [...] então nós fizemos com super rapidez, dia 28 do mesmo mês uma reunião, uma extraordinária, pra poder analisar e aprovar um projeto pra dia 31 estar lá” (entrevistada 4/usuária).

O fato apresentado é preocupante, visto que, às pressas, o Conselho pode deliberar prematuramente sobre projetos que deveriam ser mais bem analisados e debatidos. Note-se que a avaliação realizada pelo Conselho deve considerar ainda os aspectos financeiros, entre outros, para somente depois aprovar a continuidade dos trabalhos submetidos à sua apreciação. Uma vez que a Lei n.º 8.080/1990 assegura a liberdade dos órgãos de controle interno e externo em suas atuações, caso sejam constatadas irregularidades na gestão desses recursos, os órgãos de controle podem aplicar as penalidades previstas em lei.

Por fim, três dos conselheiros responderam que não compreendiam as fontes de financiamento do SUS. O questionamento sobre quais seriam as suas dúvidas em relação às fontes dos recursos foi feito para todos os entrevistados. Cinco disseram não ter nenhuma dúvida (mas também não saber); um afirmou ter dúvidas em relação à maneira como são aplicados esses recursos; um questionou, se o atendimento do SUS ocorre de fato por meio dos hospitais filantrópicos, qual seria a razão da existência de déficit financeiro nesses locais, por que as tabelas do SUS não se readéquam e por que não se melhora a contratualização com esses hospitais; e um disse ter dúvidas sobre o porquê de haver tanta dificuldade e burocracia para a liberação dos recursos. Verifica-se que, embora os conselheiros conheçam pouco ou desconheçam as fontes de financiamento do SUS, de modo geral, há interesse em aprender mais, seja para o bem individual ou para

o bem comum, que deve ser o propósito dos Conselhos.

Ao questionar os entrevistados se há transparência na apresentação de relatórios neste Conselho, sete entrevistados responderam positivamente, afirmando que geralmente já levam tudo bem explicado para apresentar aos conselheiros e que, havendo dúvidas, estas são discutidas e sanadas. Nesse contexto, é fundamental que o Conselho tenha um controle e um modo organizado de analisar os relatórios, tendo em visto a importância em esclarecer onde está sendo investido todo e qualquer recurso público. Complementando, uma conselheira relatou que: “aquilo que nos apresentam é o que nós analisamos se não há transparência [...] geralmente esses relatórios assim não vão avante, porque se não há transparência e não mostram pro Conselho o que tá se passando, esses relatórios, esses projetos não vão avante” (entrevistada 4/usuária).

Outro entrevistado afirmou que não há total transparência nos relatórios, justificando que existe falta de esclarecimentos por parte dos gestores. Alegou, ainda, que os relatórios não apresentam detalhadamente o que realmente foi comprado: “por que uma coisa é tu ir lá na frente e dizer: vou fazer isso, isso e isso, e outra coisa é tu dizer: está aqui, eu fiz, foi com isso que eu comprei [...], os valores e o que eu comprei” (entrevistada 6/trabalhadora da saúde).

Ainda foi relatado que a falta de transparência é um item colocado em pauta nas reuniões do Conselho para que sejam apresentados relatórios mais esclarecidos. Tal questão pode ser visualizada no seguinte relato: “Tu vê, que a gente tem subsídios pra se apresentar uma boa apresentação, um esclarecimento, pra que todos tenham conhecimento do que, que foi comprado ou que vão comprar, e quando compraram, aqui oh, é isto aqui que a gente compra” (entrevistada 6/trabalhadora da saúde).

Contudo, salienta-se que as Leis n.º 8.142/1990 e n.º 8.080/1990 estabele-

cem que, para o Município receber os recursos destinados automaticamente e de forma regular, deve apresentar relatórios de gestão que permitam o controle por meio do sistema de auditoria do Ministério da Saúde. Se constatada a regularidade nos relatórios, é aprovada a aplicação dos recursos repassados ao Município; caso seja constatada irregularidade, desvio ou não aplicação dos recursos, cabe ao Ministério da Saúde aplicar as sanções cabíveis (BRASIL, 1990a, 1990b).

Outrossim, foi questionado aos entrevistados se eles já foram membros da Comissão designada para analisar os relatórios de gestão e, em caso positivo, se sentiram ou sentem alguma dificuldade ao analisar os relatórios. Dos oito conselheiros, cinco nunca foram membros da Comissão; dois já foram membros; e um entrevistado compõe a atual comissão. O entrevistado que é membro da comissão atualmente afirmou não ter dificuldade em analisar os relatórios. Já os outros dois que fizeram parte desse grupo relataram que tiveram dificuldades: a conselheira afirmou ter tido dificuldades no início ao analisar os relatórios, mas disse ter o apoio da contadora da Secretaria Municipal de Saúde para sanar suas dúvidas; o outro conselheiro mencionou que sua dificuldade em analisar os relatórios decorria da diversidade das formas pelas quais são apresentados pelos gestores, sem que haja um padrão preestabelecido.

Inicialmente tinha dificuldade de analisar, mas depois [...] as nossas reuniões eram feitas com a contadora da Secretaria de Saúde, então a nossa Comissão aprendeu muito com ela, por que a gente não sabia por onde começar a análise, então nós tínhamos aquele problema, mas [...] então ela foi que foi [...] olha tem que analisar isso [...] e as dúvidas todas a gente anotava e perguntava pra ela (entrevistada 4/usuária).

O CMS de Santana do Livramento conta com essas comissões, mas apenas um entrevistado faz parte delas, o que evidencia o porquê da pouca compreensão dos relatórios por parte dos entrevistados e até mesmo da participação nas comissões. Além disso, pode significar, também, a falta de comprometimento ou entendimento para ter uma visão mais detalhada sobre esses relatórios. Visto isso, para que os conselheiros possam ter uma melhora na percepção técnica sobre esses relatórios, devem discutir com os colegas os assuntos tratados, para que, aos poucos, todos os conselheiros possam adquirir e/ou ampliar seus conhecimentos.

As entrevistas abordaram, ainda, como os conselheiros avaliam a atuação de seus pares nas atividades do Conselho e no desempenho de suas principais funções, como o controle social. Os entrevistados foram questionados sobre se existe alguma distinção entre a participação de usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde para a tomada de decisão. Do total dos entrevistados, seis afirmam que não há distinção alguma, visto que todos têm o mesmo direito de discutir, debater, questionar e votar, como pode ser verificado na fala a seguir: “não, porque fica aberto, o presidente dá a liberdade. Ele, antes de entrar em votação todas as [...] cláusulas e propostas e coisas que vai pra [...] ele dá um tempo pra pessoa se manifestar e poder fazer o questionamento, poder se direcionar pra alguém” (entrevistado 2/usuário).

No entanto, os outros dois afirmam que há diversidade no que diz respeito aos segmentos, pois há sempre um momento em que cada um quer defender a sua categoria. Também foram relatados problemas partidários, que afetam as decisões dentro do Conselho, conforme indica o relato transcrito a seguir:

É como eu te disse, aí vai o lado [...] entra a parte partidária, que muitas vezes afeta o que deveria ser para o

bem comum, eles não tem essa visão, entendeu [...] é triste, mas acontece. Para uma cidade pequena como a nossa que tinha que todos ter o mesmo pensamento quando é pra o bem de todos, mas não existe isso, infelizmente não (entrevistada 6/trabalhadora da saúde).

Outra questão analisada junto aos entrevistados refere-se à fiscalização do CMS de Santana do Livramento sobre os gestores do SUS. Quatro entrevistados afirmaram que há a fiscalização efetiva, mencionando que o Conselho tem comissão designada apenas para fiscalizar: “Fiscaliza, e quando tem denúncia, eles vão atrás daí, fiscaliza mais as denúncias que tem” (entrevista 1/usuário). Os outros quatro conselheiros afirmam que não há fiscalização como deveria, motivo pelo qual a comissão formada no Conselho precisa avançar mais em relação a essa temática: “Olha, a Comissão tenta analisar [...] eu não sei se ela está totalmente atuante, mas tem essa Comissão pra analisar isso” (entrevista 4/usuário).

Para que o Conselho possa desenvolver suas atividades com efetividade, é importante que haja a contribuição absoluta por parte dos conselheiros, de modo que estes se comprometam a serem participativos nas reuniões, nas fiscalizações e nas demais atividades do Conselho. Essas atividades contribuem para que a democracia possa se restabelecer como um acontecimento tomado por ação direta, isto é, que o sujeito, no interior de seu segmento, passe de observador a participante efetivo nas fiscalizações, propostas e tomadas de decisões (CORREIA, 2015).

Os entrevistados foram instigados, ainda, acerca de como percebem e avaliam a atuação dos conselheiros do CMS de Santana do Livramento. Por unanimidade, os conselheiros revelaram que as entidades que compõem o Conselho participam voluntariamente, aplicando o princípio de paridade: “Olha, eu acho que todos ali [...] vão

porque querem, por querer participar mesmo” (entrevistada 1/usuária).

Apesar dessa representatividade dentro do Conselho ser feita por livre vontade de participar, os conselheiros são designados pela sua categoria, tendo, assim, certa obrigação de compor o Conselho. Tal informação permite refletir se essa é a motivação da grande rotatividade que ocorre no Conselho, como relatou um conselheiro: “ultimamente tem acontecido muita rotatividade, não é necessário que sempre esteja sendo feita uma qualificação” (entrevistado 3/usuário).

A falta de qualificação, juntamente com relativo interesse em participar do Conselho, desencadeia a ausência nas atividades e reuniões realizadas pelo órgão. As ausências verificadas nas reuniões do Conselho demonstram fragilidade na relação entre as instituições e os seus representantes no Conselho, como pode ser visualizado no discurso a seguir: “tem alguns bem interessados e outros não, vou falar até por mim, eu ia mais porque eu era designada mesmo [...] Tem gente que vai porque a entidade te diz assim: tu tem que ir, e aí tu tem que ir. É a entidade que te indica” (entrevistada 8/prestadora de serviço). As indicações de entidades que compõem o Conselho ocorrem de acordo com a Lei Municipal n.º 5.955/2011, cabendo às entidades sugerirem os seus representantes de forma que estes atuem efetivamente no Conselho.

Todos os entrevistados relataram a baixa frequência nas reuniões e, por consequência, insuficiência do *quórum* necessário para a tomada de decisão. Dessa forma, as deliberações atrasam e acabam prejudicando a efetividade das funções que dependem da aprovação do Conselho. Tillmann (2012) considera que a efetividade do controle social ainda não é uma realidade, visto que as relações com suas bases até então são frágeis. No entanto, permanecem as dúvidas sobre como estão ocorrendo essas relações em outros locais e na sociedade como um todo.



Quando questionados se eles se sentem capacitados para o papel que desempenham no Conselho, todos os entrevistados responderam afirmativamente, mas três acrescentaram que são aprendizes e que continuam a aprender e se capacitar no dia a dia. Tillmann (2012) entende que a capacitação dos conselheiros faz parte de um processo permanente para o controle social. Essa capacitação deve ser orientada para um público amplo, pois o controle de ações e serviços na saúde deve ser fiscalizado tanto pelos conselheiros quanto pela sociedade em geral. É desejável que as capacitações possibilitem a compreensão do funcionamento do SUS pela população e também do modo como funciona o sistema de mecanismo desse modelo assistencial.

Questionados como eles se autoavaliavam, sobretudo em relação à sua atuação e ao desempenho das funções exercidas no CMS de Santana do Livramento, dos oito entrevistados, dois avaliaram-se como regulares, pois destacaram que poderiam falar mais, discutir mais e ter um conhecimento aprimorado. Outros dois se avaliaram como razoáveis, um por estar sempre presente e o outro por não gostar de participar das reuniões e não frequentá-las. Os outros se avaliaram como: bom debatedor dos temas; aprendiz constante; exigente nas questões debatidas, principalmente no que se refere a recursos; e disponível para as questões do Conselho e bom frequentador das reuniões.

Foi possível perceber que uma das motivações que levam os conselheiros a deixarem de debater nas reuniões é a intimidação que parte dos próprios colegas, como é possível verificar no seguinte relato: “eu poderia falar mais, discutir mais, mas eu às vezes vejo lá que sou só eu pra perguntar e os outros são mais, me dão as respostas lá que [...] que eu fico quieta” (entrevistada 1/ usuária). Notou-se, também, o possível motivo para a falta de conselheiros na plenária quando relatado que: “Porque

eu não, eu sinceramente eu não gostava de participar das reuniões, porque eu não tinha tempo. Se eu vou pra reunião, eu deixo de atender aqui” (entrevistada 8/prestadora de serviço).

Por fim, os entrevistados foram questionados sobre sugestões para melhorar a efetividade do CMS de Santana do Livramento. Surgiu, então, a proposta para que o CMS de Santana do Livramento fosse um órgão mais fiscalizador, tanto nas discussões de tomadas de decisões quanto nas entidades participantes. Os conselheiros sugeriram, também, que haja mais discussão e mais explicações na reuniões, com maior clareza e publicidade dos atos. Propuseram, ainda, que o Conselho se pronuncie a respeito da ausência de algumas entidades e questione se a entidade permanece com interesse em continuar compondo o Conselho. Por último, sugeriram mais participação, qualificação e compromisso por parte dos conselheiros, visando à presença de representantes mais efetivos: “um comprometimento maior de todos os conselheiros. A gente quer se envolver mais, buscar mais [...] cada dia mais se informar, tentar participar mais, não viver só naquele nosso mundo, tentar expandir” (entrevistada 6/trabalhadora da saúde).

Segundo Ribeiro e Andrade (2003), as práticas dentro dos Conselhos levam à conclusão de que a direção para a participação efetiva não é apenas a criação dos mecanismos institucionais. É possível acreditar que haja uma paridade formalizada na configuração dos Conselhos. Nesse sentido, as práticas democráticas efetivas somente serão reproduzidas se, junto a isso, a cultura política de seus conselheiros for proveitosa ao fortalecimento da participação democrática.

O Conselho de Saúde atualmente nada mais é do que um elo, uma vez que quem é membro é também usuário. Quem participa das plenárias também vivencia as situações do dia a dia: “a gente nada mais é do que [...] um mem-

bro do SUS, um lutador SUS, pra que todos vejam que têm direitos sabe, e condições, porque eu acho que o sistema SUS é [...] um sistema mais completo que tem no Brasil” (entrevistada 6/ trabalhadora da saúde).

Stralen et al. (2006) afirmam que os Conselhos têm uma importância estratégica no sistema de reorganização da atenção à saúde. Tal reorganização não é apenas de caráter técnica, pois envolve perspectivas, demandas e desempenho de todos os sujeitos envolvidos na prestação da atenção a saúde, desde gestores até usuários, e causa a revisão das relações entre esses sujeitos.

### 5 Considerações finais

Em síntese, este estudo teve como objeto de investigação saber se o CMS de Santana do Livramento é efetivo em suas funções. Para avaliar a efetividade desse Conselho, foi necessário entender o alcance e a importância da legislação que disciplina o SUS e a participação da comunidade na gestão do SUS. Assim, com base no que dispõem as leis sobre Conselhos e abordando a atuação do CMS de Santana do Livramento, avaliou-se se são tomadas as ações esperadas.

Por meio desta pesquisa, foi possível desnudar as dificuldades encontradas e as falhas cometidas no exercício das funções de organização e no controle da atuação do Conselho. Entretanto, a partir dos relatos, também se pôde identificar a qualidade no perfil de alguns dos participantes, que consiste na boa vontade empregada, ocasionada pelo senso de cidadania presente.

O Conselho é uma das formas por meio das quais são implementadas as ações do SUS, tendo fundamental relevância, pois está diretamente ligada à prestação dos serviços à população. Contudo, a falta de comprometimento dos seus integrantes prejudica a efetiva execução das atividades do Conselho, fragilizando o processo de controle social.

Quanto ao objetivo de identificar as competências e atribuições do CMS de Santana do Livramento, evidenciou-se, com base nas entrevistas, que o conhecimento dos conselheiros sobre as competências do Conselho é insuficiente, o que indica um resultado insatisfatório sobre a importância do CMS, visto que, em nenhum dos relatos, houve menção à legislação pertinente. Quanto à atuação do CMS de Santana do Livramento, observa-se a dificuldade do Conselho em cumprir seu Regimento Interno vigente. De acordo com o seu Regimento Interno, que é baseado na Lei Municipal n.º 5.955/2011, o Conselho deve ser composto de 24 membros titulares e 24 suplentes. No entanto, atualmente o Conselho não dispõe deste número de conselheiros. Além disso, o Regimento Interno determina que haja paridade dos segmentos participantes, pois é previsto que o Conselho seja composto de 50% do segmento de usuários, 25% do segmento trabalhadores da saúde e outros 25% dos segmentos prestadores de serviço e do Poder Público. Atualmente, a paridade não está de acordo com a legislação municipal. O tempo de atuação dos conselheiros corrobora o descumprimento da legislação, considerando que a Lei Municipal n.º 5.955/2011, no seu artigo 5, prevê o mandato de dois anos, podendo haver recondução por um período. No entanto, cinco de oito entrevistados ultrapassam esse tempo. Tais fatos, aliados aos relatos dos questionamentos realizados neste estudo, reforçam a dificuldade apontada.

Por fim, pode-se mencionar que, na atual conjuntura, o CMS de Santana do Livramento não é efetivo, visto que sua organização é frágil e que os conselheiros acreditam que suas funções se limitam à fiscalização, e não à proposição e ao acompanhamento de políticas públicas. Talvez, se houvesse uma capacitação técnica de qualidade e sensibilização acerca do importante papel que desempenha, o Conselho poderia

alcançar o objetivo para o qual foi criado, que é fiscalizar e gerir a saúde do povo, pelo povo e para o povo.

## Referências

- BRASIL. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 22 mai. 2015.
- \_\_\_\_\_. 1990. **Decreto nº 99.438**, de 07 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 7 de agosto de 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438\\_070890.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm)>. Acesso em: 04 de jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. 1990. **Lei nº 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. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 26 de mai. 2015a.
- \_\_\_\_\_. 1990. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 26 de mai. 2015b.
- \_\_\_\_\_. 2002. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A\\_Pratica\\_Control\\_Social.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf)>. Acesso em: 13 de jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. 2011. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CO-NASS, 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: <[http://www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_1.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf)>. Acesso em: 13 de jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. S/D. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **“Efetivando o Controle Social”**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 12 de jun. 2015.
- CASTRO, R. B. 2006. **Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública**. Salvador. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf>>. Acesso em: 14 de jun. 2015.
- CERVO, A.L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. 2007. **Metodologia Científica**. 6. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- CORREIA, M. V C. 2004. A Relação Estado/Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 77, p. 148-176.
- CORRÊA, G. A. P. 2015. **Estudo da operacionalidade democrática na sociopolítica educacional no Conselho Municipal de Educação de Alegrete -RS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal do Pampa, Jaguarão.
- GIL, A. C. 2012. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed: São Paulo: Atlas.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. 2001. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro:

- ro. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2328/1/TD\\_787.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2328/1/TD_787.pdf)>. Acesso em: 13 de jun. 2015.
- MARTINS, P. H.; MATTOS, A.; FONTES, B. (org.). 2008. **Limites da democracia**. v. 1. Recife: Editora da UFPE.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. S/D. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-4.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf)>. Acesso em: 10 de jun. 2015.
- RIBEIRO, E. A.; ANDRADE, C. M. 2003. Cultura política e participação diferenciada: o caso do Conselho Municipal de Saúde do município de Dois Vizinhos, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Ciências Humanas e Sociais**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 349-358.
- ROCHA, R. 2009. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luiz, v. 1 n. 11, p.1-30.
- SANTANA DO LIVRAMENTO. 2011. **Lei n.º. 5.955**, de 29 de abril de 2011. Reformula e reorganiza o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Santana do Livramento, 29 de Abril de 2011.
- \_\_\_\_\_. 2012. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento**. Santana do Livramento, 20 de novembro de 2012.
- SARACENI, V.; LEAL, M. C. 2003. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349.
- STRALEN, C. J. V. et al. 2006. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Revista Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.621-632, jul./set.
- TEIXEIRA, C. 2011. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador, Bahia. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 10 de set. 2015.
- TILLMANN, R. S. C. 2012. **Efetividade do Controle Social**. Desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.pelotas.rs.gov.br/cmspel/Rafaela\\_Tillmann\\_TCC.pdf](http://www.pelotas.rs.gov.br/cmspel/Rafaela_Tillmann_TCC.pdf)>. Acesso em 08 de nov. de 2015.
- TORRES, M. D. F. 2004. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- TRIVIÑOS, A. N. S. 1987. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- TURATO, E. R. 2005. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. *Revista de Saúde Pública*, Campinas, v.39, n.3, p.507-514.