

## Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde\*

Nemre Adas Saliba\*\*

Suzely Adas Saliba Moimaz\*\*\*

Nelly Foster Ferreira\*\*\*\*

Lia Borges de Mattos Custódio\*\*\*\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. Metodologia; 3. Resultados; 4. Discussão; 5. Conclusão.

**SUMMARY:** 1. Introduction; 2. Methodology; 3. Results; 4. Discussion; 5. Conclusion.

**PALAVRAS-CHAVE:** participação social; Conselho Municipal de Saúde; políticas de saúde.

**KEY WORDS:** social participation; Municipal Healthcare Council; healthcare policies.

O Conselho de Saúde — órgão colegiado composto por representantes do governo, profissionais prestadores de serviço da saúde e usuários — atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e tem suas decisões homologadas pelo chefe do Poder Executivo. Este artigo avalia o perfil dos conselhos municipais de saúde de cinco municípios de pequeno porte do estado de São Paulo, através da análise do conhecimento de seus membros.

---

\* Artigo recebido em jan. 2008 e aceito em set. 2009.

\*\* Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp). Endereço: Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: nemre@foa.unesp.br.

\*\*\* Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Infantil e Social da FOA/Unesp. Endereço: Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

\*\*\*\* Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/Unesp. Endereço: Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

\*\*\*\*\* Estagiária do Departamento de Odontologia Infantil e Social da FOA/Unesp. Endereço: Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

**Healthcare Councils: knowledge about health care**

The Healthcare Council — composed by government's representatives, service providers and users of health — formulates strategies and controls the implementation of healthcare policies in the corresponding federative level, including the economic and financial aspects, and has its decisions homologated by the Executive branch. This paper analyzes the profile of the municipal healthcare council of five small cities in the state of São Paulo, Brazil.

**1. Introdução**

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi a participação popular nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde (Brasil, 2005). A criação do SUS delegou aos municípios uma série de atribuições, anteriormente a cargo da União e dos estados, que perpassa pela autonomia na elaboração da política municipal (Silva et al., 2000), sendo o Conselho Municipal de Saúde o espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social (Souza e Saliba, 2003).

O controle social, portanto, é caracterizado como uma expressão mais viva da participação da sociedade na gestão da saúde e ressaltado, também, pelas normas operacionais básicas de 1993 e 1996 do Ministério da Saúde (Brasil, 1993 e 1996).

A Lei nº 8.142/90 estabelece a representação de diferentes segmentos da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (Brasil, 1990). Os conselhos de saúde representam a sociedade civil organizada de forma paritária com autoridades setoriais, prestadores profissionais e institucionais, e trabalhadores do setor (Labra e Figueiredo).

As diretrizes para criação, reformulação, assim como funcionamento dos conselhos de saúde foram definidos pela Resolução nº 333/03, na qual consta que os mesmos devem “*atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros*” (Brasil, 2003).

No Brasil, a democratização e a descentralização abriram espaço para inúmeras experiências de participação popular nas áreas de decisão de políticas públicas.

Os conselhos, hoje, trazem para o cenário político um potencial transformador em dois planos: o do estado e o da própria sociedade (O'Dwyer e Moysés, 1998). A análise das relações de poder em um conselho de saúde permite um avanço na compreensão dos discursos e das práticas, quais os pontos

de inflexão, os tipos de resistências encontrados, qual a topografia dos atores que lá atuam (Wendhausen e Caponi, 2002). Suas práticas de participação podem concorrer para democratização das relações ou, ao contrário, serem um instrumento que perpetua a desigualdade e a submissão.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo órgão colegiado — composto por representantes do governo, prestadores profissionais de serviço da saúde e usuários —, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo (Brasil, 2003). Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

A complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas legais não possuem conhecimento, tem levado a diversas iniciativas de capacitação de conselheiros que, junto com uma espécie de “profissionalização” dos representantes dos usuários, possibilitada pela excessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, têm permitido a aquisição de alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde (Labra e Figueiredo, 2002).

Partindo-se do pressuposto de que os municípios estudados possuem características semelhantes e dificuldades próprias em relação à gestão em saúde, assim como a participação pouco efetiva da população no processo decisório das ações de saúde, evidenciou-se a necessidade deste estudo sobre os conselhos municipais de saúde, para se conhecer o perfil dos conselheiros e a participação destes nos processos decisórios e nas ações concretas relacionadas à gestão em saúde e o impacto do curso de capacitação.

## **2. Metodologia**

Para a realização deste estudo, um aprofundamento sobre o tema foi realizado por meio de consultas em bancos de dados de órgãos governamentais e através de documentos oficiais, como leis, resoluções, decretos e normas operacionais básicas.

O estudo foi realizado em cinco municípios de pequeno porte da região Noroeste do estado de São Paulo: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Processo nº 02187/05) e assim foi estabelecida a integração entre a universidade e os municípios, por meio de parcerias, para a realização do diagnóstico da situação dos conselhos de saúde. Foram realizadas reuniões para apresentação do projeto aos gestores municipais (prefeitos e secretários de saúde) dos cinco municípios participantes do projeto e obtidas autorizações para execução do processo de capacitação dos conselheiros municipais de saúde.

Foi realizado, primeiramente, um estudo exploratório sobre cada Conselho Municipal de Saúde, por meio de análise de documentos e entrevistas preliminares com os presidentes dos conselhos municipais de saúde. Foram abordados os seguintes assuntos: a data e a lei de criação do conselho, a realização de conferências municipais de saúde, a composição do conselho, organização e infraestrutura disponível, existência de regimento interno, periodicidade das reuniões.

Depois das reuniões com os presidentes e o prefeito foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os membros titulares dos conselhos de saúde dos cinco municípios participantes da pesquisa, por um único examinador. Para identificação desses membros foram consultados decretos-leis e outros documentos cedidos pelas prefeituras.

As entrevistas com os conselheiros foram realizadas a partir de um instrumento, previamente testado, com as seguintes variáveis: idade; grau de instrução do conselheiro; forma de seleção para participar do conselho; o que representa o segmento; o acesso às informações; a dificuldade de análise de documentos; a participação em cursos de capacitação; a participação em discussões sobre orçamento e o repasse das informações do conselho para a sociedade; a participação na elaboração e aprovação da agenda de saúde, plano de saúde e relatório de gestão; entre outras variáveis.

Os dados foram processados e analisados pelo software Epi info 2000, para melhor interpretação e compreensão da situação dos conselhos municipais de saúde.

Depois do processo de análise documental e entrevistas, os conselhos passaram por um curso de capacitação de seus membros, com duração de 32 horas, abordando os seguintes temas: 1. histórico das políticas de saúde no Brasil, SUS e modelos assistenciais; 2. controle social (leis e fundamentos); 3. instrumentos de gestão, controle e avaliação das ações de saúde. Ao final do curso, um questionário foi aplicado para verificação da percepção do conselheiro sobre o processo de aprendizagem no curso, o aprimoramento de seus conhecimentos e a mudança de atitude no exercício de suas funções.

### 3. Resultados

Observou-se nas entrevistas preliminares que os conselhos de saúde de Bilac, Gabriel Monteiro, Clementina, Piacatu e Santópolis do Aguapé são compostos, respectivamente, por 12, 12, 10, 10 e 12 membros. Do total de 56 conselheiros titulares, 34 foram entrevistados (60,7%). Os outros 12 membros recusaram-se a participar ou não foram encontrados após duas visitas. Depois da capacitação foram entrevistados 32 conselheiros de saúde.

Os resultados mostraram que a idade média dos conselheiros é de 47,2 anos. Quanto ao grau de instrução, 71,5% dos entrevistados não possuem ensino superior completo, o que possivelmente tem dificultado na compreensão de documentos. No segmento dos usuários, a maioria possui ensino fundamental incompleto. Com relação ao meio de ingresso no conselho, apenas 19% ingressaram por meio de eleição, 61% dos conselheiros foram indicados, 9,5% nomeados e 9,5% ingressaram de outra forma. Do total de entrevistados inicialmente, 50% relataram que há falta de informações importantes que poderiam auxiliar o conselheiro a melhorar seu desempenho. Depois do curso, a proporção aumentou para 61,1%, talvez pelo fato de eles terem tomado conhecimento de vários decretos, leis e outros documentos até então desconhecidos. Dos conselheiros de saúde, 70% não sentem dificuldade em analisar documentos, relatórios e orçamentos. Do total de entrevistados, 54,8% nunca participaram de discussão sobre orçamento.

Com relação ao exercício de suas funções, 35,7% e 22,2% dos conselheiros, respectivamente, antes e após a capacitação, relataram que os membros do seu conselho não entendem ou não são conscientes de suas tarefas.

A participação na elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão, acompanhamento e avaliação da saúde deveria ser a função mais importante dos Conselhos Municipais de Saúde, porém, antes da capacitação, os conselheiros apontaram: “cuidar dos doentes, conseguir remédios”; “participar das reuniões, dar opiniões sobre as discussões”; “ler os papéis que eles passam para a gente”; “a gente se reúne para falar das necessidades, recursos financeiros que chegam e reclamações”. Outros ainda não souberam informar as suas funções, respondendo: “não sei”; “decidir não se sabe o que decide”. Demonstraram, com isso, a falta de conhecimento a respeito das suas funções. No entanto, após o curso, as respostas à mesma questão foram: “detectar os problemas e priorizá-los junto aos órgãos competentes”; “fiscalização do órgão público”; “discutir, fiscalizar e elaborar propostas”; “criar projetos que melhorem a saúde”; “planejar, executar e avaliar os recursos públicos”; “fiscalizar e discutir os problemas do município”; “solucionar e realizar atividades que resolvam os problemas existentes na saúde”; “analisar, fiscalizar e planejar”; “avaliar, acompanhar e fiscalizar os gastos das metas orçamentárias”.

Tabela 1  
**Respostas dos conselheiros municipais de saúde dos cinco municípios estudados às questões efetivadas antes da capacitação (Araçatuba, SP, 2007)**

Questão	Sim		Não		Total	
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%
Sente falta de informações que auxiliem nas tarefas como conselheiro*	17	50,0	15	45,2	34	100
Recebeu material para leitura	16	46,3	18	53,7	34	100
Sente dificuldade de analisar documentos	10	29,3	24	70,7	34	100
Participou de discussão sobre orçamento	15	45,2	19	54,8	34	100
Repassa informações	15	45,2	19	54,8	34	100

\* Dois conselheiros não souberam informar.

Tabela 2  
**Respostas dos conselheiros municipais de saúde dos cinco municípios estudados às questões efetivadas após a capacitação (Araçatuba, São Paulo, 2007)**

Questão	Sim		Não		Total	
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%
Sente falta de informações que auxiliem nas tarefas como conselheiro*	19	61,1	11	35,5	32	100
Os conselheiros, do seu conselho, entendem suas tarefas*	26	81,3	5	15,6	32	100
O acesso às informações foi facilitado*	31	96,9	0	0	32	100
O entendimento aos documentos oficiais foi facilitado*	31	96,9	0	0	32	100

\* Um conselheiro não soube responder.

Tabela 3  
**Distribuição percentual da composição dos conselhos municipais de saúde (Araçatuba, São Paulo, 2007)**

Município	Gestor		Trabalhador		Usuário		Total	
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%
Piçatu	2	20,0	2	20,0	6	60,0	10	100
Gabriel Monteiro	2	16,6	4	33,3	6	50,0	12	100

*Continua*

Município	Gestor		Trabalhador		Usuário		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Santópolis do Aguapeí	4	33,3	2	16,6	6	50,0	12	100
Bilac	3	25,0	3	25,0	6	50,0	12	100
Clementina	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	100

Figura 1  
**Importância do curso de capacitação na visão do conselheiro municipal de saúde (Araçatuba, São Paulo, 2007)**

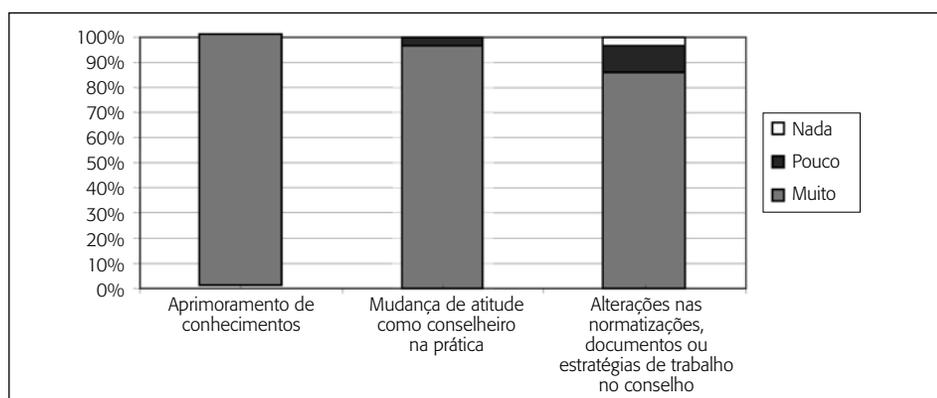
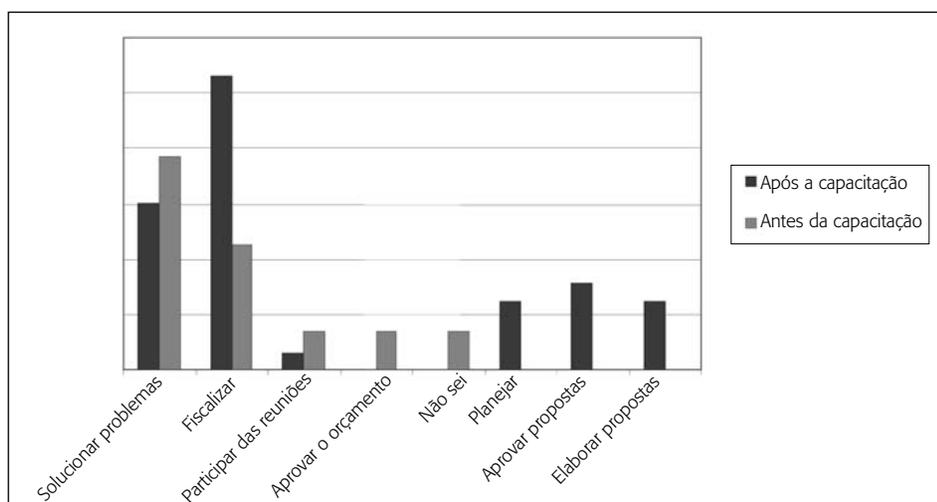


Figura 2  
**Funções dos conselhos de saúde apontadas pelos conselheiros antes e após a capacitação (Araçatuba, São Paulo, 2007)**



#### 4. Discussão

Wendhausen e Caponi (2002) demonstram em seu estudo que os conselheiros com ensino superior completo encontram-se nos segmentos governamental, prestadores de serviços e profissionais da saúde, e que a possibilidade de fala dentro do conselho está diretamente relacionada com a escolaridade, ou seja, os conselheiros possuem poder de fala ou, ao contrário, calam-se em determinados contextos.

A forma de ingresso é um fator importante a ser aprimorado, o baixo número de conselheiros que ingressam através de eleição desfavorece a efetiva participação da sociedade e a renovação dos membros do conselho. No entanto, Correia (2000) demonstra em seu estudo que 48% dos conselheiros ingressam por meio de eleição direta.

A mudança na compreensão das funções dos conselheiros após a capacitação comprova uma provável mudança de atitude na prática, demonstrando a importância da realização do curso de capacitação para que os conselheiros possam exercer suas funções.

Observa-se na tabela 1 a insuficiente participação dos conselheiros na discussão sobre o orçamento. Correia (2000) afirma que o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, já que são inúmeras as dificuldades para efetivá-lo. Primeiro, porque é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à esfera de técnicos e administradores. Em seguida, porque os instrumentos de prestação de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação. Ademais, as informações sobre as receitas são um domínio do gestor, de cujo critério depende conhecer ou não o conselho de saúde. Abers (2000) observa que o controle social dos representantes dos usuários sobre as contas do gestor tem sido a meta mais difícil de ser alcançada em quase todos os conselhos de saúde do país.

Os conselheiros não repassam, de maneira eficaz, informações para a população, o que corrobora com Carvalho (1997), que afirma que os conselhos de saúde não precisam de mais normas, leis, mas sim de uma política mais transparente, com mais voz e que envolva de forma direta e orgânica as questões de informação e de comunicação em massa. Stralen conclui em seu estudo que a restrição à participação direta dos cidadãos nas conferências, a distância entre conferência e conselho de saúde e a sua redução a uma instância que vocaliza, principalmente, demandas de trabalhadores e usuários têm afastado os conselhos de seu projeto inicial, que é o de se tornar um espaço de

negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários.

Observa-se na tabela 3 que dois conselhos de saúde não atendem à Lei nº 8.142/90, na qual os conselhos de saúde, em cada esfera do governo, são compostos por representantes de usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e gestores (25%).

## 5. Conclusão

De acordo com os resultados observados conclui-se que os conselhos são compostos por membros com pouco conhecimento sobre suas funções. Grande parte relatou ter dificuldade na compreensão de documentos. O repasse de informações à sociedade e a discussão sobre orçamento são fatores a serem aprimorados. A principal forma de ingresso ao conselho é a indicação e não a eleição, o que não favorece a participação efetiva da sociedade. Após a capacitação, os conselheiros de saúde obtiveram consciência da falta de informação existente e, portanto, compreenderam suas funções e aprimoraram seus conhecimentos.

## Referências

ABERS, R. N. *Inventing local democracy: grassroots politics in Brazil*. Colorado: Lynne Rienner Publishers, 2000.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de agosto de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial*. Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 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. *Diário Oficial*. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, 1993. (anexo: norma operacional 001/93).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS NOB SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência à saúde — SUS. NOAS-SUS 01/2001. Portaria nº 95, de 1 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional, nº 333, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (série B: textos básicos de saúde), 2005.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta dos Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

CORREIA, M. V. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.

LABRA, M. E.; ST. AUBYN, F. J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

O'DWYER, G. C.; MOYSÉS, N. M. N. Conselhos municipais de saúde: o direito de participação da sociedade civil? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 26-27, 1998.

SILVA, Z. P.; BARRETO JR., I. F.; SANT'ANA, M. C. A política municipal de saúde em dados: a experiência da pesquisa municipal unificada — PMU 1992, 1995 e 1997 da Fundação Seade. *Saúde e Sociedade*, v. 9, n. 1-2, p. 151-162, 2000.

SOUZA, R. A. A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos conselhos municipais de saúde de municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, Rio de Janeiro, 2003.

STRALLEN, C. J. Van et al. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

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