

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EAD
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
UAB/CAPES

Rafaela de Souza Corrêa Tillmann

EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL
Desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

Pelotas
2012

Rafaela de Souza Corrêa Tillmann

EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

Trabalho de conclusão de curso de Especialização de Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a. Ana Mercedes Sarria Icaza

Pelotas
2012

Rafaela de Souza Corrêa Tillmann

EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

Trabalho de conclusão de curso de Especialização de Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Conceito final:

Aprovado emde.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^ª Dr^ª. Ana Mercedes Sarria Icaza

RESUMO

O controle social foi instituído pela Constituição, permitindo que a sociedade civil interferisse na gestão pública através dos Conselhos de Saúde. Para a efetivação do controle social, é necessário o surgimento e empoderamento de novos indivíduos políticos com qualificação para suas funções. Neste sentido, o presente estudo objetivou analisar a participação e a representatividade dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas - RS. Para este propósito utilizou-se uma abordagem quantitativa tendo como fonte principal uma entrevista semi-estruturada realizada com 35 conselheiros do total de 46 representações deste conselho. Observou-se que 60% deles está no conselho há mais de um mandato; 51,4% troca informações sobre as pautas a serem discutidas dentro do próprio conselho e somente 25,7% com a entidade que representa; quase metade dos entrevistados não soube responder na íntegra sobre as atribuições do conselho, assim como referiram dificuldade de analisar o relatório de gestão e compreender as fontes de financiamento do SUS; menos da metade citou a legislação, o plano municipal de saúde ou o regimento interno como essenciais para o exercício de seu papel; 57% já participou de capacitação e 87% disse ter interesse e participar. Estes resultados permitem identificar as potencialidades e os desafios que devem ser enfrentados para o avanço do processo democrático.

Palavras-chave: conselho de saúde; controle social; capacitação

ABSTRACT

Social control was established by the Constitution, allowing civil society to interfere in public administration by the health councils for the realization of social control, is necessary for the emergence and empowerment of new political subjects qualified for their positions. In this sense, this study aimed to analyze the representation and participation of the directors of the Municipal Health Council of Pelotas - RS. For this purpose we used a quantitative approach having as a main source of semi-structured interviews conducted with 35 directors of 46 representations of council. It was observed that 60% of them are on the council for more than one term, 51.4% exchange information on the agendas to be discussed within the council and only 25.7% with the entity he represents; almost half of respondents did not know fully respond on the powers of the council, as well as reported difficulties in analyzing the report and understand the sources of financing of SUS, less than half cited the legislation, the municipal health plan or bylaws as essential to the exercise of their role, 57% have attended training and 87% said they have an interest and participate. These results allow to identify the strengths and challenges that must be met to advance the democratic process.

Keywords: board of health, social control, training

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 8 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 13 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 14 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 22 |
| REFERÊNCIAS | 24 |
| APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS | 26 |
| APÊNDICE II - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA | 28 |
| APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 29 |
| ANEXO I INFORMATIVO DE OLHO NA SAÚDE | 30 |

1. INTRODUÇÃO

A proposta de controle social, respondendo à mobilização da sociedade civil, foi instituída pela Constituição brasileira de 1988 no Art. 198, regulamentada pela Lei 8.080/90 e complementada pela Lei 8.142/90 através de Conferências e Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde tem função ampla, com caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação estratégica e no controle da execução das políticas de saúde. São espaços essenciais para o exercício do controle Social do SUS, permitindo que a sociedade civil interfira na gestão pública participando das decisões políticas. Para que o exercício do controle social seja fortalecido é necessário o efetivo conhecimento do SUS, da legislação e da realidade local.

Estudos citados por Stralen *et al* (2006) apontam levantamentos que evidenciam a participação dos conselheiros, principalmente os usuários, sendo que as análises levam em consideração o perfil socioeconômico e cultural, discutindo a representatividade, os recursos e principalmente as desigualdades entre os segmentos apontando a falta de capacitação técnica e política.

A cidade de Pelotas-RS é um pólo regional de saúde e as ações de controle social tem um papel fundamental e uma contribuição importante para a política pública de saúde. O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel, conta com uma longa trajetória, tendo iniciado espaços de discussões das políticas de saúde em 1986, através de um fórum, antes que fossem criados estes espaços legais. O CMSPel é bastante atuante, tendo passado por diferentes composições e enfrentado diferentes momentos políticos no que diz respeito as políticas de saúde.

O interesse no tema surgiu a partir de uma maior compreensão das diretrizes do SUS, através da Especialização de Gestão em Saúde e da aproximação com o Conselho de Saúde, enquanto trabalhadora, através das Comissões Temáticas, onde observou-se algumas dificuldades na efetivação do controle social, o que fez com que se buscasse a literatura disponível sobre o tema.

Dentre as leituras realizadas, alguns estudos como os realizados por Morita, Guimaraes e Di Muzio (2006), Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) e Cotta, Cazal e Martins (2010) apontam desafios para efetivação do controle social como a falta de qualificação para o exercício das

funções dos conselheiros, colocando-os numa relação assimétrica entre Estado e sociedade; o desconhecimento de documentação impedindo-os de fazer um acompanhamento e avaliação das políticas de forma mais orientada; a falta de capacitação que atinge os distintos atores de forma diferenciada, colocando conselheiros governamentais em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil; a desigualdade de poder e acesso a informações e falta de preparo gerando dificuldade para implementação das conquistas legais. Estas e outras dificuldades apontadas na literatura levaram ao interesse no estudo na tentativa de responder a seguinte questão: os Conselheiros de Saúde do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel, encontram-se qualificados e capacitados para o desempenho de suas funções?

A partir das reflexões levantadas, o presente estudo tem como objetivos:

Objetivo geral - analisar a participação e a representatividade dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

Objetivos específicos - realizar o levantamento do perfil dos Conselheiros; analisar a participação dos diferentes segmentos, o nível de conhecimento sobre documentação e a troca de informações entre o CMSPel e a sociedade civil; levantar o interesse em programas de capacitação e educação continuada, bem como incentivar este exercício.

A seguir será apresentado uma breve revisão da literatura disponível produzida desde a implementação do SUS sobre controle social e conselhos municipais de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A reforma da política de saúde no país se inscreve num contexto de reforma social que se inicia com a transição da política do regime militar para uma democracia. A democracia participativa gerou uma abertura política impulsionada pelos movimentos sociais em busca de melhores condições de saúde, educação, moradia e qualidade de vida (COTTA, MELO CAZAL E CARDOSO, 2010). Neste contexto, considerada um dos marcos do período, ocorreu, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que diferentemente das conferências anteriores contou com a participação de diversos segmentos da sociedade, abrindo a possibilidade de um modelo de política de saúde mais democrático.

Em resposta a esta mobilização e, incorporando as propostas originais da reforma sanitária sintetizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, o controle e participação social, foram incorporados ao Sistema Único de Saúde - SUS instituído pela Constituição brasileira de 1988 no Art. 198, regulamentada pela Lei 8.080/90 e complementada pela Lei 8.142/90 e fixou a prática através de Conferências e Conselhos de Saúde.

O regime democrático então instituído impõe uma nova forma de relação da sociedade com o Estado criando desafios que ultrapassam a formulação legal, mas principalmente exigem um conjunto de práticas e intervenções sociais. Para Guizardi e Pinheiro (2006) e Cotta *et al* (2010), com o SUS, a saúde coloca-se como uma questão de cidadania, sendo a participação política a condição para o seu exercício.

Assim a participação social é definida como a possibilidade de indivíduos e coletivos fortalecerem sua capacidade de percepção, opinarem e participarem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos, adotando a perspectiva de empoderamento (COTTA *et al*, 2010). Para Morita, Guimaraes e Di Muzio (2006), “participação social significa fazer parte das decisões políticas”.

Conforme colocado por Sposati e Lobo (1992), “o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito.” A presença popular torna o Estado efetivamente público, para isso é necessário que as representações dominem as condições e os instrumentos para que se tornem protagonistas, sujeitos da ação, com capacidade de influir, contrapor, ter

informações e opiniões sobre os interesses coletivos.

Oliveira e Almeida (2003) citam uma amplitude conceitual a respeito da participação social, comunitária ou popular, sendo que os conceitos estão permeados de contradições: a participação popular pode ser entendida como uma prática social que supõe participação das diversas classes sociais, de forma organizada, que envolvem-se nos diferentes níveis de organização do Estado e diferentes áreas de atuação; como o encontro entre instituições representativas e as organizações sociais com o objetivo de facilitar o contato do cidadão com as instituições do Estado considerando a opinião daqueles nas decisões; participação política das entidades representativas da sociedade civil do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social; ou ainda a participação deve ser entendida como um processo continuado da democratização da vida municipal com o objetivo de promover a iniciativa através de programas especiais que visem o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo, reforçar as associações ampliando sua capacidade técnica e administrativa e desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais. Apesar das divergências conceituais, as definições consideram a participação social como instrumento importante de escuta das representações sociais na tomada das decisões políticas.

O Controle Social em Saúde é uma estratégia para democratizar o poder e, conforme Oliveira e Almeida (2003, p. 143),

reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas, nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões referentes às necessidades identificadas pelos representantes legítimos.

Os Conselhos de Saúde em cada uma das esferas do governo são representados paritariamente por 50% de usuários dos serviços de saúde, 25% de trabalhadores da área e 25% de prestadores de serviços públicos e privados da saúde. Conforme Stralen *et al* (2006), a competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde através das resoluções no 33 de 1992 e no 333 de 2003, com o objetivo de estimular o efetivo funcionamento e representação dos usuários. A primeira recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades, além disso recomenda que ocorram pelo menos reuniões mensais e que a homologação das decisões seja pelo chefe do Poder Executivo local. A Resolução no 333 busca fortalecer a representatividade dos conselhos ampliando a lista de entidades representativas dos usuários e

determina que os governos garantam a autonomia dos conselhos, recomendando sua articulação com outras entidades.

A relevância dos Conselhos de Saúde na descentralização do SUS, controle e cumprimento de seus princípios vem ganhando reconhecimento perante a sociedade como espaços reais de controle social. Embora amparado pela Legislação o efetivo controle ainda se dá de forma incipiente em alguns locais, seja por falta de conhecimento da sociedade civil, seja pelo excesso de poder exercido por algumas gestões ou grupos sociais.

Estudos realizados após a implantação dos Conselhos de Saúde vem discutindo a efetividade da participação social. De acordo com os achados, os Conselhos de Saúde e as diversas representações sociais que os compõem enfrentam muitas dificuldades sejam relativas ao próprio processo democrático e, principalmente, no que diz respeito ao acesso ao conhecimento necessário para a realização do controle social (MORITA, GUIMARAES e DI MUZIO, 2006; SILVA, CRUZ e MELO, 2007; COTTA, MELO CAZAL e CARDOSO, 2010; GUIZARDI e PINHEIRO, 2006).

Todos os Estados e municípios brasileiros possuem Conselhos de Saúde. Embora a instituição dos conselhos tenha se dado através da mobilização de profissionais e setores da sociedade, na maioria dos municípios sua implantação se deu através de uma política de incentivo/indução, do Ministério da Saúde que condicionou os repasses de recursos à sua criação, o que resultou numa heterogenia de representação desde conselhos apenas cartoriais aos que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS, entendendo assim, que os conselhos não podem ser vistos como arranjos democráticos já estabelecidos (STRALEN *et al*, 2006).

A institucionalização de um sistema nacional de órgãos colegiados, dotados de poderes legais, com representação paritária dos usuários, prestadores e governo, assegura o controle social sobre as ações do Estado. Os Conselhos de saúde apesar de fruto de indução legal, de acordo com Craco e Almeida ((2004) podem contribuir para a democratização induzindo a uma maior responsabilidade pública dos governos e favorecendo o surgimento de novos sujeitos políticos. Para Sposati e Lobo (1992), a presença popular na política de saúde é um exercício da democracia direta.

É importante destacar, conforme Morita, Guimarães e Di Muzio (2006), que a composição paritária “carrega a heterogeneidade como princípio”, refletindo as diferenças existentes dentro dos conselhos, seja de classe ou extrato social sem, no entanto haver conflitos

entre classes, mas onde podem ocorrer oposição de interesses de instituições sob gerência do Estado e de uma sociedade fragmentada, com pouca capacidade de articulação.

A análise dos resultados do estudo realizado por Stralen *et al* (2006) sugere que apesar da criação dos conselhos de saúde ser resultado de movimentos sociais, tem como contrapartida um processo de intitucionalização que restringe a participação direta dos cidadãos, tornando seletivo o acesso a eles. Ao mesmo tempo que incluem novos sujeitos sociais, excluem setores não organizados ou sem vínculo com atores sociais. Ainda assim seguem sendo um espaço onde se encontram atores que anteriormente eram excluídos do processo de tomada de decisão. Os conselhos mantêm o potencial de controle social, principalmente quando encontram-se articulados com gestores que compartilham com a proposta de democracia participativa.

Para Guizardi e Pinheiro (2006), foram muitos os avanços alcançados com a institucionalização dos Conselhos de Saúde, sendo um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, permitindo a efetivação da saúde enquanto direito de cidadania.

Os Conselhos de Saúde são espaços essenciais para o exercício do controle Social do SUS, permitindo que a sociedade civil interfira na gestão pública participando das decisões políticas. Para que o exercício do controle social seja fortalecido é necessário o efetivo conhecimento do SUS, da legislação e da realidade local.

Correia (2005) aponta limites à efetivação do controle social presentes nos cotidiano dos conselhos de saúde. Entre estes limites, a autora cita a falta de informação dos conselheiros; desarticulação com suas bases; fragilidade na mobilização das entidades representadas como reflexo da desmobilização da sociedade, pouca transparência dos gestores no uso dos recursos; manipulação dos conselheiros para legitimar gestões e pouca visibilidade social das ações dos conselhos.

Conforme Silva e Labra (2007), para o engajamento em discussões relativas ao controle social, com atribuições tão abrangentes requer dos conselheiros de saúde não só um nível de instrução e capacitação como também um constante contato para que se mantenham informados e assim possam cumprir suas responsabilidades.

Cotta *et al* (2010) através de uma experiência de um curso de capacitação de conselheiros de saúde, sugere que a participação destes em oficinas de capacitação possibilita a superação de dificuldades de implementação do controle social. Para os autores, a capacitação permanente e continuada de conselheiros é um desafio para que possam efetivamente, intervir no

fortalecimento do controle social de acordo com as diretrizes do SUS, para melhorar a qualidade dos serviços. A capacitação emerge como uma possibilidade de superação das dificuldades de implementação das conquistas legais, permitindo que os atores sociais sejam protagonistas da construção de um sistema de saúde universal e equitativo.

A cidade de Pelotas-RS é um pólo regional de saúde em gestão plena desde 1º de agosto de 2000. O Sistema Municipal de Saúde atende os 22 municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e outros 6 municípios da 7ª. Mesmo não tendo aderido ao Pacto pela Saúde, o município desenvolve ações que contribuem para o fortalecimento da gestão.

As ações de controle social tem um papel fundamental em Pelotas e uma contribuição importante para a política pública de saúde. O CMSPel é atuante no município desde 1991, tendo seus primeiros encaminhamentos sido realizados mesmo antes da Constituição de 1988, através da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

O capítulo a seguir apresenta a metodologia com que foi realizado o estudo, o tipo de pesquisa, amostra, ferramentas de coleta de dados e de análise.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado na cidade de Pelotas, município da região sul do Rio Grande do sul. Conforme dados da Prefeitura Municipal, a primeira referência histórica do município data de junho de 1758. Atualmente conta com uma população de 328.275 habitantes, a terceira cidade mais populosa do Estado.

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo *survey* que utilizou para análise informações levantadas no site do CMSPel sobre sua história e suas representações e entrevistas semi-estruturadas (Apêndice I) realizadas pela pesquisadora durante o período de 17 a 24 de março de 2012, mediante recebimento da Carta de Apresentação da Pesquisa (Apêndice II) e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III).

O questionário foi formulado a partir da construção do referencial teórico contendo questões sobre dados pessoais, informações sobre a representação no CMSPel, conhecimentos sobre documentos importantes para o exercício da função, e referentes a capacitação dos conselheiros. O questionário elaborado e aplicado aos conselheiros

Em contato com a direção do CMSPel para a realização das entrevistas, foi solicitado uma descrição do estudo para que fosse informado aos conselheiros antes que se iniciassem os contatos. A pesquisa foi divulgada na Assembleia extraordinária do dia 15 de março a través do informativo local “De olho na Saude” (anexo I).

Foram entrevistados os titulares de cada representação e na impossibilidade destes, a entrevista foi realizada com o suplente. Do total de 46 entidades representadas no conselho, foram entrevistados 35 (76%) conselheiros, sendo 31 titulares e 4 suplentes. Dentre os restantes, 7 não aceitaram participar ou estavam impossibilitados em razão do tempo disponível para as entrevistas e, 4 não foram encontrados.

Após realizadas todas as entrevistas, as respostas às perguntas abertas foram categorizadas e a entrada de dados foi feita pelo programa IBM SPSS Statistics 20 para realização da descrição e análise estatística e elaborada a tabulação com frequência simples.

A seguir será apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos no presente estudo.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel foi criado em 1986. Inicialmente formou-se um fórum com a contribuição de gestores, prestadores e trabalhadores de saúde que discutia, avaliava e propunha encaminhamentos a respeito da prestação de serviços de saúde no município. Em 1987 foi instituída a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS, que substituiu o fórum e foi a pioneira no estado e em sua composição acresceu-se usuários do sistema de saúde. Após a Constituição de 1988, a instituição legal do Controle Social em Pelotas se deu pela Lei Municipal 3377/91 que mais tarde foi alterada pela Lei 4.554/00, ficando estabelecido a substituição da CIMS pelo CMSPel. A estruturação deste trabalho contribuiu tanto para a criação de conselhos municipais da região quanto para a estruturação do Conselho Estadual de Saúde – CES (CMSPel).

O CMSPel conta hoje com 48 entidades representadas dentro da distribuição paritária exigida, sendo que no momento encontram-se duas vagas, com participação efetiva da grande maioria dos conselheiros além das Comissões Permanentes de Finanças, Técnica, de Fiscalização, de Ética, Intersetorial de Saúde do Trabalhador e de Saúde Mental. Entre as atribuições do Conselho está a discussão, elaboração e aprovação da proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

Do total de conselheiros entrevistados, 20 (57,1%) são representantes de usuários, 6 (17,1%) de trabalhadores e 9 (25,7) de gestores/prestadores. A maioria, 54,3% do sexo feminino. A média de idade dos conselheiros foi de 48,71 anos, variando de 20 a 83 anos. Quanto a escolaridade, a maioria (54,3%) tinha ensino superior, destes 63,2% possuíam pós-graduação, 17,1% ensino superior incompleto, 20% médio completo, 5,7% fundamental completo e 2,9% fundamental incompleto.

O nível de escolaridade vai ao encontro dos achados apresentados no estudo de Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), e estudos citados por estes autores onde a maioria dos conselheiros possui ensino superior. Para estes autores isto pode significar uma tendência a elitização da participação nos conselhos, pois o grau de instrução é mais alto do que o da média de usuários do SUS.

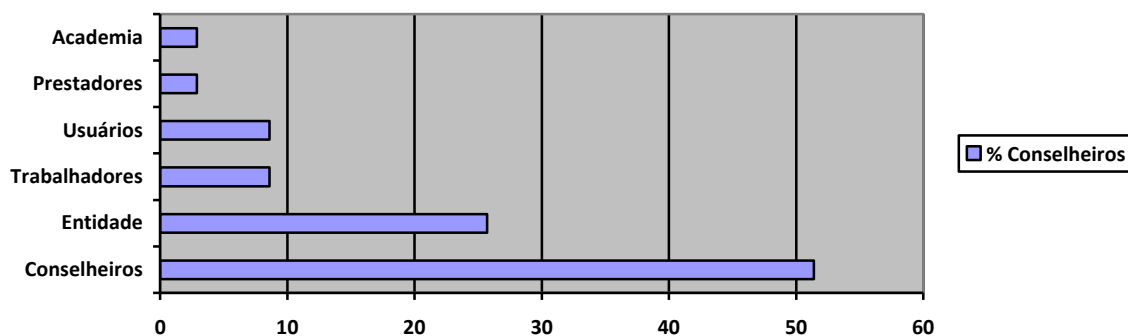
Dezessete por cento dos conselheiros entrevistados fazem parte de direção do CMSPel e

48,6% fazem parte da composição de pelo menos uma Comissão. No que se refere ao tempo de atuação, 40% está no CMSPel há um ano ou menos, 25,7% de dois a cinco anos, 17,1% entre seis e dez anos e 17,1 há mais de 10 anos.

O tempo de permanência no conselho, demonstra que mais da metade dos conselheiros está há mais de um mandato, que é de dois anos, representando a sociedade. Se por um lado este achado demonstra o interesse destes conselheiros em estarem inseridos neste processo político, por outro pode significar que a população em geral esta tendo certa dificuldade de acessar este canal de participação política de saúde que pode estar relacionada a um desconhecimento ou entendimento do importância do controle social. O tempo de permanência pode ainda estar impedindo o surgimento de novos atores sociais.

Os conselheiros tem acesso as pautas de discussão antes das plenárias, sendo que a maioria 65,7% recebe as informações por e-mail enviado pelo Conselho, 31,4% informam-se no próprio Conselho e 5,7% recebem via fax. As informações são discutidas antes da plenária por 71,4% dos conselheiros.

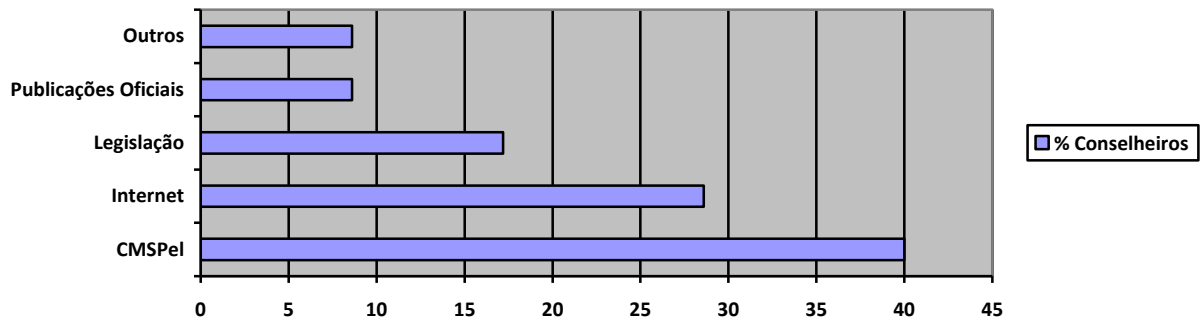
Gráfico 1 – Troca de informação antes da plenária



Conforme apresentado no Gráfico 1, a maioria dos Conselheiros (51,4%) troca informações sobre as pautas a serem discutidas dentro do próprio conselho, apenas 25,7% com a entidade que representa.

Quando questionados sobre a busca de informações sobre o que será discutido, a maioria (80%), disse fazer algum tipo de pesquisa sobre os assuntos a serem tratados. A pesquisa se dá em diferentes meios como apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Onde busca informação sobre os assuntos que serão discutidos



O CMSPel, aparece nestas questões, como principal espaço de informações e discussões das políticas de saúde. As informações apresentadas em ambos os gráficos, indicam que as informações, pesquisas e conhecimento estão centrados dentro do próprio Conselho, o que pode de alguma forma interferir na elaboração, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde uma vez que as informações podem ser falhas ou insuficientes.

Estes dados podem também estar relacionados com a baixa rotatividade dos conselheiros, que consideram o tempo de permanência e experiência como suficientes para o acompanhamento, proposição e avaliação das políticas de saúde.

Outro achado importante diz respeito a representação dos conselheiros. Somente um quarto dos entrevistados discutem as pautas com suas entidades antes das assembleias. Esta forma de relação entre o Conselho de Saúde e a comunidade impede de alguma forma a legítima representação uma vez que as entidades nele representadas não estão contribuindo para o enriquecimento das discussões nem levando para o conselho o que é de interesse coletivo.

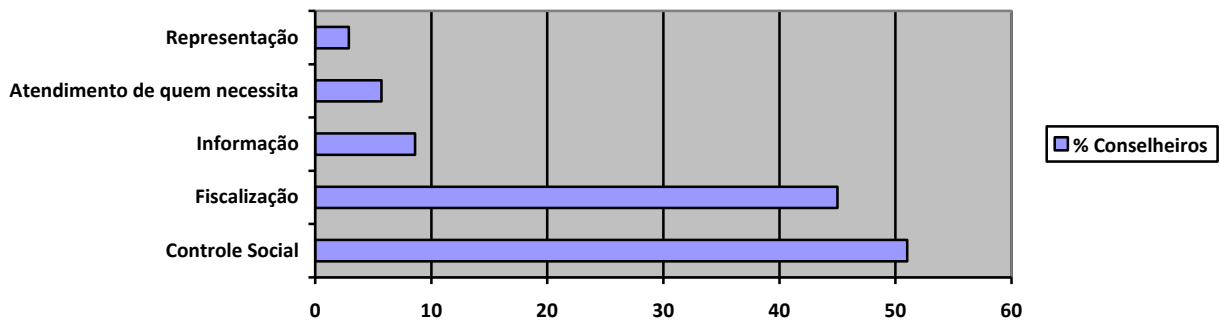
Setenta e sete por cento das entidades representadas no Conselho são informadas em algum momento sobre o que é discutido, geralmente em caráter informativo. Pouco mais da metade dos conselheiros entrevistados (54,3%) o faz em reuniões sistemáticas ou quando há alguma pauta específica que envolva a entidade.

O estudo realizado por Cotta, Melo Cazal e Martins (2010) também aponta, assim como outros autores citados por eles, que muitos representantes não consultam suas bases, falando em seu nome e não em nome do grupo.

Neste sentido, os resultados do presente estudo apontam para uma dificuldade na participação e divulgação das propostas por parte dos representantes e representados. Esta falta de comunicação pode representar uma fragilidade no processo do controle social.

Conforme demonstrado no Gráfico 3, quando questionados sobre as atribuições dos Conselhos de Saúde, mais da metade (51,4%) respondeu que é o controle social, no entanto as demais respostas demonstraram uma idéia parcial do que sejam estas atribuições. O percentual elevado de respostas referentes a fiscalização pode estar demonstrando uma preocupação excessiva com o controle da execução das políticas de saúde ou com as demandas de denúncias recebidas pelo CMSPEl.

Gráfico 3 – Atribuições do Conselho de Saúde



A análise destas respostas chama a atenção para o fato de os conselheiros apresentarem respostas bastante divergentes em relação às atribuições do conselho. A falta de entendimento do conselho enquanto órgão de controle social é um dado preocupante, por ser este um atributo essencial para efetivação das políticas públicas de saúde.

No que se refere ao conhecimento dos documentos relativos a prática do controle social, os mais citados foram legislação (48,6%), regimento interno do CMSPEl (45,7%), relatórios do Conselho e da gestão (34,3%), informativos (25,7%). Foram também citados, mas em menor proporção, atas, pautas, conferências, plano municipal de saúde, imprensa e internet. Onze por cento dos entrevistados não soube responder.

Nesta questão, esperava-se que os conselheiros citassem documentos relativos ao conhecimento da legislação e plano municipal de saúde, considerando que são elementos essenciais ao exercício do controle social, uma vez que as deliberações e resoluções relativas à formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Saúde e dos programas específicos, incluindo os aspectos financeiros estão pautados na legislação, mas devem considerar os aspectos específicos da região. Assim, o plano municipal de saúde é a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e é de competência dos conselhos de saúde participar de sua elaboração e acompanhá-lo.

Embora estes documentos tenham sido citados, apresentam uma frequência muito baixa, o que pode representar uma relação assimétrica entre o Estado e a sociedade, onde o primeiro detém o poder do conhecimento em detrimento da falta de informação daqueles que deveriam planejar acompanhar e avaliar o impacto das ações implementadas.

Neste mesmo sentido a falta de conhecimento aparece em relação a análise do Relatório de Gestão, onde mais da metade (51,4%) disse não saber analisar e 11,4% disseram saber parcialmente, assim como sobre as fontes de financiamento do SUS, em que 51,4% dos conselheiros respondeu que conhece e compreende e 20% disse saber em parte.

O regimento interno do conselho também foi referido por menos da metade dos entrevistados. Fato preocupante pois este é um dos documentos responsáveis pela estruturação dos processos de discussão e deliberação dos conselhos, disciplinando seu funcionamento (COTTA, CAZAL E RODRIGUES, 2009)

Quando perguntados sobre a transparência dos relatórios realizados pelo CMSPEl, 74,3% referiram confiar no que é apresentado e 8,6% disseram que há transparência em parte. Dentre os problemas citados, segundo os conselheiros, é a pouca divulgação dos relatórios, pouco tempo para análise, dificuldade de compreensão, documentos incompletos, tendência político-partidária ou com interesses pessoais.

Apesar do descontentamento de alguns conselheiros, a maioria acredita no trabalho realizado pelo CMSPEl. As demais respostas podem também significar a falta de comprometimento ou conhecimento para realizar um olhar mais detalhado sobre estes relatórios. Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2008 ficou estabelecido que devem ser criadas comissões temáticas para aprofundar as discussões sobre assuntos específicos, criando assim pareceres mais técnicos e claros (COTTA, CAZAL e RODRIGUES, 2009).

O CMSPEl conta com estas comissões, mas menos da metade dos entrevistados faz parte delas, o que de certa forma também impede uma maior compreensão destes relatórios, uma vez que algumas questões podem exigir uma visão mais técnica mas que deve ser discutida entre os demais conselheiros para que aos poucos possam adquirir um maior conhecimento sobre os assuntos tratados.

Em relação a fiscalização dos gestores do SUS, mais da metade dos entrevistados (51,4%), acredita que seja efetiva, 8,6% acredita que a fiscalização não acontece como deveria e 37,1% responderam que não. Entre as dificuldades para a realização da fiscalização foi citada a

falta de tempo e pessoal, o impedimento dos gestores por não prestarem contas ou dificultarem o acesso. Mesmo que alguns conselheiros tenham citado que a fiscalização não é efetiva, as respostas indicam uma possibilidade de melhoria nesta atribuição, uma vez que não colocam o próprio Conselho como inapto para esta atribuição mas sugerem a necessidade de maior participação dos próprios conselheiros.

Para 74,3% dos conselheiros, há diferenças na participação dos segmentos nas discussões e tomadas de decisões em plenárias. Entre estes representantes a diferença que mais chama a atenção são aquelas em que a discussão é pautada em interesses próprios ou do segmento, seguida pela falta de conhecimento de alguns conselheiros para discutir sobre as pautas. As justificativas, no entanto, não revelam em si, se há diferença de poder entre as representações.

É importante reconhecer que há diferenças na participação dos segmentos, uma vez que as deliberações devem ser pautadas no resultado de negociações que contemplem a diferença de interesses, garantindo assim a transparência de relação (BRASIL, 2006).

Como colocam Morita, Guimarães e Di Muzio (2006), a representação paritária propicia esta heterogeneidade, permitindo que muitas vezes ocorram oposições de interesses. Para Correia (2005), “neste espaço democrático vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha” é um espaço em que se oportuniza a luta de interesses que interfere nas políticas de saúde (p.94).

Para a autora os mecanismos de participação institucionalizados na área da saúde podem tanto se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante quanto ser espaços de ampliação da democracia. É um espaço contraditório que pode vir a legitimar ou modificar o que está pronto.

Quando questionado se os conselheiros encontravam obstáculos para a efetivação do controle social, 54,3% dos entrevistados responderam que sim, sendo a resposta mais comum a falta de informação seguida pela falta de tempo e apoio para a participação nas reuniões do CMSPel.

Estes achados vão ao encontro do estudo realizado por Correia (2005), conforme a autora, a existência legal do controle social não é suficiente para sua efetivação e existem diversos obstáculos para o exercício de tal controle, dentre estes a autora cita a fragilidade do nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a baixa representatividade e legitimidade em relação à sua base e a desinformação generalizada. No entanto o reconhecimento destas

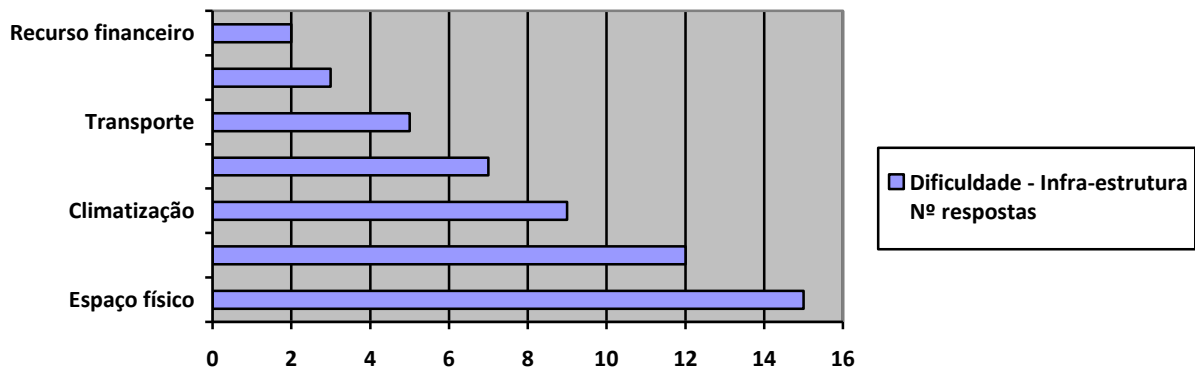
dificuldades pode auxiliar numa melhor organização do CMSPel, afim de que algumas dificuldades possam ser superadas.

Setenta e sete por cento dos entrevistados reponderam que outras entidades deveriam estar representadas no CMSPel. Destes, 40,7% citaram outras entidades civis organizadas e 18,5 conselhos de classes de trabalhadores. Foram também citados o Conselho Tutelar, Câmara de Vereadores, Secretaria de Trânsito, de Segurança, Ministério Público, estudantes/residentes e prestadores.

Embora o CMSPel respeite a paridade exigida em suas representações, as respostas a esta questão sugere uma necessidade de uma maior articulação entre o conselho, a sociedade e outras instituições que possam auxiliar no exercício de seu papel, entendendo assim que a saúde da população vai além do cuidado em si, mas necessita de articulações intersetoriais.

Sobre a estrutura para o funcionamento do CMSPel, 91,4% dos entrevistados disse que não está adequada ressaltando principalmente o espaço físico para as assembleias e o recurso pessoal, para o processo de trabalho do conselho conforme mostrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Dificuldades apontadas sobre a estrutura do CMSPel



Quanto a capacitação, 54,3% dos entrevistados dizem se sentir capacitados para a função de conselheiros, 11,4% diz que está capacitado em parte e 34,3% não sente capacitado. Dentre os que não se sentem capacitados e os que se sentem em parte, 87,5% cita a falta de conhecimento como dificuldade encontrada. Cinquenta e sete por cento dos entrevistados já participou de alguma capacitação e 85,7% disse ter interesse em participar.

A capacitação de conselheiros deve ser entendida como um processo contínuo de formação e informação. Esta necessidade foi demonstrada nas respostas dos conselheiros e, acordo com Correia (2005), tem razões concretas pois a institucionalização dos Conselhos de

Saúde fez surgir novos sujeitos políticos que tem a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Esta responsabilidade tem exigido dos conselheiros o acesso a informações e conhecimentos necessários para o desempenho de suas atribuições.

A autora destaca ainda que a capacitação dos conselheiros é apenas uma contribuição para efetivação do controle social, mas há também a necessidade do fortalecimento das entidades representadas nos conselhos.

A necessidade de capacitação apontada pelos entrevistados e o interesse na realização de atividades que os tornem mais aptos para a realização da efetivação do controle social demonstra o quanto o CMSPEl se propõe melhorar sua atuação em busca de um melhor desempenho no papel de fiscalizador, propositor e definidos da política de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Conselhos de Saúde estão inseridos num contexto de participação política nas tomadas de decisões de gestão dos serviços públicos, orientando ações de formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e no controle social da execução desta política.

Os resultados do estudo apontam alguns desafios para o CMSPEL que limitam a eficiência da atuação dos conselheiros. Entre estes desafios, podemos citar uma maior participação dos conselheiros dentro do próprio Conselho e das comissões que o integram, o que possibilitaria uma compreensão maior de todo o processo de gestão.

Outro dado importante de ser destacado diz respeito à relação dos conselheiros com as entidades representadas e a sociedade em geral, pois uma maior aproximação resultaria de uma representação mais fidedigna da população, ao mesmo tempo em que promoveria o reconhecimento do conselho enquanto espaço de manifestações de interesses diversos, que em seu projeto inicial busca tornar este espaço um local de negociação e discussão entre grupos de interesse, fazendo surgir assim, novos atores políticos.

A necessidade de conhecimento da legislação, do plano municipal de saúde, dos relatórios de gestão e das fontes de financiamento dos SUS torna-se essencial no fortalecimento do exercício do controle social, desfazendo a relação assimétrica que geralmente existe entre aqueles que detêm o conhecimento e os demais conselheiros.

As questões sobre capacitação de conselheiros de saúde fazem parte do processo de educação permanente para o controle social no SUS. Esta capacitação deve ser direcionada para um público mais abrangente, pois tanto conselheiros quanto demais representantes da sociedade devem acompanhar as ações e serviços de saúde. É necessário que as capacitações não sejam apenas voltadas para avaliações, mas que possibilitem à sociedade não só a compreensão do funcionamento do SUS, mas de todo o processo de construção deste modelo assistencial, em um entendimento ampliado de saúde.

Com isso, não pretende-se afirmar que não haja um processo democrático neste espaço, ao contrário, busca-se identificar as fragilidades no sentido de auxiliar no fortalecimento e no apoio a concretização da participação social de forma mais ativa, colaborando para que o conselho seja reconhecido como órgão de controle e de transparência nas decisões e ações do poder público.

Podemos pensar que a efetividade do controle social ainda não é uma realidade para o CMSPEL uma vez que as relações com suas bases ainda são frágeis. No entanto fica o questionamento de como estão se dando estas relações em outros locais e na sociedade como um todo. Talvez pudéssemos pensar que as capacitações pudessem se estender para além dos Conselhos de Saúde, que pudessem também ser realizadas dentro das entidades representadas nos Conselhos.

Apesar das dificuldades apontadas em diversos estudos sobre a efetivação do controle social, é sabido que os Conselhos de Saúde são espaços de participação da sociedade, já concretizado, onde se encontram sujeitos sociais que eram antes excluídos e são hoje atores políticos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al* . Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo e MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 2437-2445, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2011.

CRACO, Priscila Frederico e ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A Participação Popular nas comissões Locais de Saúde: mostrando vidas, contando lutas. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 mar/abr; 57(2):188-92.

GUIZARDI, Francini Lube e PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(3):797-805, 2006.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2011.

OLIVEIRA, Milca Lopes e ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS 1994-2002. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.141-153, 2009.

SILVA, Alessandra Ximenes, CRUZ, Eliane Aparecida e MELO, Verbena . A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(3): 683-688, 2007.

SILVA, Angélica Baptista e LABRA, Eliana. **Plenária Virtual Permanente**: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 36, n. 2, p. 106-117, maio/ago. 2007.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde"Controle Social e Políticas de Saúde". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 1992 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 ago. 2011.

STRALEN, C. J. van *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(3):621-632, 2006.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS

Questionário no.:

01. Idade:

02. Sexo: ()Feminino ()Masculino

03. Escolaridade: ()Fund. Inc. ()Fund. Comp. ()Médio Inc. ()Médio Comp. ()Sup. Inc.
()Sup. Comp. ()Especialização

04. Representação ()usuário ()trabalhador ()gestor/prestador

05. Há quanto tempo no CMPel? _____

06. Participa da composição da direção?

De alguma comissão? ()Não ()Sim Qual? _____

07. Com que frequência participa das plenárias? ()1vez/mês ()a cada 2 meses ()outro
Qual? _____

08. Como fica sabendo sobre as pautas que serão discutidas nas plenárias? _____

09. Costuma trocar informações com outras pessoas antes da discussão do que está em pauta nas plenárias? ()Não ()Sim Com quem? _____

10. Busca algum tipo de informação sobre o que será discutido? ()Não ()Sim Onde/Como? _____

11. Costuma levar para o Conselho sugestões ou reivindicações do grupo que representa? ()Sim
()Não

12. A pautas das plenárias do CMSPEl são discutidos junto à entidade que representa? ()Não
()Sim Quando/Como?

13. Para você, quais são as principais atribuições do CMSPEL? _____

14. Qual(s) o(s) documento(s) do CMSPEL que você acha importante para exercer sua função? _____

15. Que outros documentos podem ser usados como fonte de consulta para o exercício da função? _____

16. Para você, há transparência na apresentação dos relatórios neste Conselho? ()Sim ()Não
Por quê?

17. Você sabe analisar o Relatório de Gestão?
18. Você conhece e compreende as fontes de financiamento do SUS? ()Sim ()Não
19. A infra-estrutura (espaço físico, recursos digitais, recursos financeiros, material de apoio) está adequada para o funcionamento do CMSPel?
20. O CMSPel fiscaliza efetivamente os gestores do SUS? ()Sim ()Não Por quê? _____
-
21. Há alguma diferença entre a participação de gestores/prestadores, trabalhadores e usuários nas discussões e tomada de decisões? ()Sim ()Não Por quê? _____
-
22. Há obstáculos à participação dos conselheiros no controle social? ()Sim ()Não Em caso afirmativo, quais? _____
23. Existem outras entidades que deveriam estar representadas no CMSPEL? ()Sim () Não Quais? _____
24. Sente-se capacitado para o papel que desempenha? ()Sim ()Não Em caso negativo, quais são as dificuldades encontradas? _____
25. Há interesse em participar de oficinas ou cursos de capacitação? ()Sim ()Não
26. Já participou de alguma capacitação para conselheiro? ()Não ()Sim Quantas e quando?
-

APÊNDICE II – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Prezado(a):

Esta pesquisa, **“Efetividade do Controle Social; desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas”**, realizada pela aluna Rafaela de Souza Corrêa Tillmann, através do Curso de Especialização de Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Mercedes Sarria Icaza e será desenvolvida por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel.

Estas informações estão sendo fornecidas para subsidiar sua participação voluntária neste estudo que visa analisar a participação e a representatividade dos conselheiros do CMSPel em relação as suas atribuições e funções.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao investigador para esclarecimento de eventuais dúvidas. Contato: Rafaela de Souza Corrêa Tillmann telefones: (53) 99889348 - 33034012, endereço eletrônico: rafaela.scorrea@gmail.com

É garantida aos sujeitos de pesquisa a liberdade da retirada de consentimento e o abandono do estudo a qualquer momento.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que esses resultados chegarem ao conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Comprometo-me, como pesquisador, a utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa. Após a conclusão do Estudo, o resultado será entregue e ficará disponível no CMSPel.

Pelotas, ____ de _____ de 2012

Rafaela de Souza Corrêa Tillmann

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Os dados coletados serão utilizados na pesquisa intitulada “**Efetividade do Controle Social; desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas**” realizada pela aluna Rafaela de Souza Corrêa Tillmann, através do Curso de Especialização de Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Mercedes Sarria Icaza.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, _____
_____ participante da pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO, ciente do que lhe será solicitado, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa. Esclarece-se, ainda, que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada pela força do sigilo profissional.

Pelotas, ____ de _____ de 2012

Assinatura

Assembléia extraordinária do dia 15/03/12

1. Plano Municipal de Atenção as Urgências e Emergências;
2. Projeto de Lei referente ao CMSPel;
3. Apreciação do parecer do TCE e rediscussão do parecer do CMSPel referente ao relatório de Gestão do ano de 2009;
4. Avaliação e encaminhamentos referente ao Relatório Gestão 2010;
5. Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município.

PRESENTES NA REUNIÃO DAS COMISSÕES:

COMFIN: Wagner Moraes, Francisco Roig, Luiz Belletti, Adelina Macedo, José Drummond e Gilca Fonseca.

Visitantes: Patrícia Guerreiro (SMS).

COMTEC: Sérgio Bergmann, Maurício Guimarães Filho, Maria Cristina Carvalho, Mauren Moraes, Eliete Leivas, Francisco Assis e Luiz Belletti.

Visitantes: Beatriz Garcia (SMS) e Patrícia Guerreiro (SMS).

CS Mental: Rafaela Tillmann, Carmen Argiles, Melissa Rios Classen, Janaína Willrich, Ivo Gomes, Cláudia Belchior, Leonardo Lemos, Edith Moura, Luiz Belletti e Ivon Lopes.

Visitantes: Cláudio (CAPS Escola) e Carlos José Jardim (HEP).

C. Especial de Avaliação do RI: Luiz Belletti, Francisco Assis, Francisco Roig e Glaci Bosenbecker.

PARECER DAS COMISSÕES

1. Plano Municipal de Atenção as Urgências e Emergências:

COMFIN: A comissão recomenda pela APROVAÇÃO COM RESSALVA de que os hospitais apresentem um plano de aplicação detalhado para os recursos, discriminando quais equipamentos e obras estão previstos e seus respectivos valores. Recomenda ainda, que, em relação à apresentação do Plano de Aplicação, este seja apresentado assim que houver a habilitação do Projeto junto ao Ministério da Saúde.

COMTEC: A COMTEC recomenda a aprovação do plano apresentado, com as seguintes sugestões:

- a) excluir a referência à população de Pelotas no mapa da página 5, por estar com o valor errado e por já estar apresentado na página seguinte;
- b) acrescentar ao item “Diagnóstico Situacional-Atenção Básica” (página 9), os CAPS;
- c) no mesmo item, mas na página 11, incluir na grade o hospital Clinicamp e marcar os hospitais filantrópicos que são privados;
- d) no item “Comitê Gestor da Rede de Atenção às Urgências” (página 16), não há qualquer referência quanto à sua composição, o que deveria ser incluído;
- e) no item “Propostas para discussão no Comitê Gestor da Rede de Atenção às Urgências (página 17, subitem 4.1), quantificar meta para diminuir o tempo médio de resposta do SAMU;
- f) no mesmo item, no projeto SAMUZINHO, remover a palavra “municipais”;
- g) na mesma página, subitem 4.2, acrescentar no subtítulo os CAPS (4.2 Proposta para USB/ESF/CAPS);
- h) na página 18, subitem 4.3 (Propostas para Pronto-Socorro), especificar a rede: rede básica de saúde;
- i) na página 26, subitem 6.1 (Fluxograma de Atendimento de Urgência), incluir os CAPS e as UPAs como porta de entrada (estas últimas previstas para construção neste ano).

NOTA: os hospitais apresentarão um plano de trabalho, após o Plano Municipal ser aprovado pelo Ministério da Saúde. Estes planos de trabalho serão apresentados posteriormente ao CMSPel.

CS Mental: A Comissão analisou todo o plano e identificou que os serviços de saúde mental não se encontravam no plano e tiveram várias sugestões a incluir diretamente na apresentação.

2. Projeto de Lei referente ao CMSPel:

C. Especial de Avaliação do RI: As sugestões da Comissão serão apresentadas durante a discussão do ponto.

3. Apreciação do parecer do TCE e rediscussão do parecer do CMSPel referente ao relatório de Gestão do ano de 2009:

COMFIN: Diante do parecer do TCE que não encontrou irregularidades, conforme Ofício N° 03/2012, datado de 07 de fevereiro de 2012 e tendo em vista que a SMS justificou a diferença encontrada pela COMFIN quando da análise

anterior (R\$18.288.748,35), a Comissão recomenda rever a decisão anterior, e neste momento recomenda pela APROVAÇÃO COM A RESSALVA no que se refere aos valores aplicados pelo município nos medicamentos da farmácia básica e nas despesas relativas aos eventos promovidos pelo PPV.

4. Avaliação e encaminhamentos referentes ao Relatório Gestão 2010:

COMFIN: Considerando o tempo decorrido; considerando o parecer do TCE referente às contas da prefeitura de 2010; Considerando as avaliações das Auditorias realizadas pelo DENASUS e outros Órgãos de controle externo; Considerando que o município aplicou o percentual previsto na EC 29 (15,39%); Considerando a apresentação da justificativa de valores relativa à diferença entre o apresentado no MGS e o disponibilizado no site do FNS. A Comissão recomenda pela APROVAÇÃO do relatório de gestão do ano de 2010, RESSALVADOS os valores destinados a Farmácia Básica do Município e alerta a SMS para que utilize os recursos disponíveis dentro dos prazos previstos, e que esta, também, se organize para busca de todos os recursos disponíveis no MS para Programas de Saúde.

5. Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município:

COMTEC: Item retirado de pauta pela Direção.

INFORMES GERAIS

CRACHAS

A SMS liberou a realização de novos crachás, aqueles conselheiros interessados deverão fazer contato com o CHRIS para ser providenciada a foto para confecção do crachá.

AGENDAS 2012

Nos informaram que as Agendas de 2012, estarão disponíveis para o CMS.

TRAUMATOLOGIA SANTA CASA

O Hospital está providenciando a compra de um novo intensificador de imagens, o qual irá substituir o que teve problemas no início de fevereiro e é essencial para a realização de algumas cirurgias traumatológicas.

PACIENTE X OXIGÊNIO

A Paciente R.S.R continua internada na enfermaria da Santa, hoje fazem 63 dias de internação, a mais de 50 dias aguarda por um

aparelho de oxigênio que deverá ser disponibilizado pela SMS.

PESQUISA UNIVERSITÁRIA NO CMSPel

A aluna Rafaela de Souza Corrêa Tillmann do Curso de Especialização de Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profª. Drª. Ana Mercedes Sarria Icaza realizará a pesquisa intitulada “**Efetividade do Controle Social; desafios e perspectivas para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas**”, que será desenvolvida por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado aos conselheiros do CMSPel. A partir do dia 16 estará entrando em contato para agendamento das entrevistas.

Contato: (53) 99889348 - 33034012, endereço eletrônico: rafaela.scorrea@gmail.com

Responsável pelas informações: Luiz Guilherme Belletti – Presidente do CMSPel.

CORRESPONDÊNCIAS REMETIDAS

- **08/03 Of. 91 SMS:** Encaminhando o caso do Sr. V.Z.D.T. para avaliação da central de regulação;
- **09/03 Of. 92 SMS:** Encaminhando relatório da COMFIS sobre a falta de Odontólogo na UBS Cohab Tablada;
- **12/03 Of. 93 MPE:** Encaminhando o caso da Sra. R.M.S.R. que aguarda por equipamento de oxigênio há mais de 60 dias;
- **13/03 Of. 94 UCPel:** Informando aprovação do Projeto do Pró-Saúde III;
- **13/03 Of. 95 UFPel:** Informando aprovação do projeto do Pró-Saúde III;
- **14/03 Of. 96 FAU:** Informando aprovação do plano de aplicação de recurso do Programa Solidariedade.

CORRESPONDÊNCIAS RECEBIDAS

- **06/12 Of. S/N CRESS:** Of. alterando representante;
- **07/03 Of. nº 124 SMS:** Resp. Of. 061/2012- Solicitando funcionário para o CMS;
- **07/03 Of. nº 125 SMS:** Resp. Of. 78/2012- sol. cópia do contrato com a empresa responsável pela reforma na UBS Dom Pedro I;
- **09/03 Of. nº 140 SMS:** Enc. Plano Municipal de Urgência e Emergência para apreciação;
- **13/03 Of. nº 41 HE-UFPel:** Enc. justificativa de falta às plenárias;
- **13/03 Of. nº 05 3ªCRS:** Resp. Of. 67/2012- Medicamentos disponibilizados à Pelotas em fevereiro.